

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“ASPECTOS SOCIOEPIDEMIOLÓGICOS, CONDUCTUALES Y
CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD RELACIONADOS AL
ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
POBLACIÓN VENEZOLANA RESIDENTE EN LA REGIÓN
METROPOLITANA, CHILE.”**

ALEXIS TOBAR GARAY

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**PROFESOR GUIA DE TESIS: DRA. VALERIA STUARDO
CO-TUTOR: PROF. MAURICIO FUENTES**

Santiago, AGOSTO 2023

CONTENIDOS

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.	4
MARCO TEÓRICO.	6
1. Caracterización de la migración en Chile.....	6
2. Marco normativo sobre temas migratorios.....	7
a. Nacional.....	7
b. Internacional.....	7
3. Contextos de vulnerabilidad en salud y en salud sexual y reproductiva en migrantes internacionales.....	9
a. Migración como determinante social en salud.....	9
b. Determinantes de acceso al sistema sanitario en población migrante internacional.....	10
c. Salud sexual y reproductiva.....	12
d. Determinantes sociales en salud como barrera en el acceso a la Salud Sexual y reproductiva en migrantes internacionales.....	13
4. Conductas de riesgo para ITS y/o VIH en población migrante.....	17
a. Epidemiología del VIH/SIDA y las ITS.....	17
HIPÓTESIS.....	19
OBJETIVO GENERAL	19
Objetivos específicos.....	19
MARCO METODOLÓGICO.....	20
1. Diseño de estudio.....	20
2. Muestra de estudio.....	20
3. Criterios de inclusión.....	20
4. Tipo de muestra.....	20
5. Métodos de recolección de la información.....	21
a. Aspectos logísticos del reclutamiento.....	21
b. Instrumento de recolección de información: cuestionario MIRADASS.....	21

c. Trabajo de campo: aplicación de cuestionario MIRADASS.....	22
6. Variables y su operacionalización.....	23
a. Variables dependientes.....	23
b. Variables independientes.....	23
b.1. Sociodemográficas.....	23
b.2. Contextos de vulnerabilidad.....	24
b.3. Conductuales y prácticas sexuales.....	26
7. Análisis de información.....	34
8. Aspectos éticos.....	36
RESULTADOS.....	37
1. Descripción de la muestra.....	37
1.a Descripción de los antecedentes socioepidemiológicos.....	37
1.b Descripción de los antecedentes conductuales de salud sexual y reproductiva.....	38
1.c Descripción de los antecedentes relacionados a los contextos de vulnerabilidad.....	41
2. Descripción del nivel de acceso a las atenciones en salud sexual y reproductiva.....	50
3. Análisis diferencial.....	53
DISCUSIÓN.....	62
CONCLUSIÓN.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXO 1.....	75
ANEXO 2.....	90

RESUMEN

Introducción: Chile ha presentado un aumento exponencial de migración venezolana. Migrar es un derecho humano y estrategia de búsqueda de oportunidades que no fueron halladas en el país originario, pero cuando se realiza bajo contexto de vulnerabilidad social, puede conllevar a mayor riesgo de enfermar o presentar barreras para gozar de buena salud. La salud sexual y reproductiva (SSR) es relevante durante todo el ciclo vital de las personas y su acceso puede afectarse por factores individuales y por inequidades insertas en los factores distales que imperan en países de destino.

Objetivo: identificar y caracterizar aquellos aspectos socioepidemiológicos, conductuales y contextos de vulnerabilidad que se pueden estar relacionado con el nivel de acceso a la SSR en población migrante venezolana que reside en la Región Metropolitana de Chile.

Metodología: estudio transversal descriptivo y analítico. Se trabajó con datos secundarios emanados de encuesta MIRADASS aplicada a 252 personas venezolanas. Resultados: 38,1% no tuvieron acceso completo a la SRR, y existen algunos aspectos socioepidemiológicos, conductuales y contextos de vulnerabilidad que se relacionan con el nivel de acceso.

Conclusiones: el acceso limitado a SSR encontrado en este estudio viene a recordar que hay una necesidad de abordar las inequidades existentes en salud, que afectan a locales como migrantes.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), migración se define como movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país.(1) A nivel mundial, en los últimos años grandes masas de personas han migrado desde países empobrecidos, con problemas internos o en guerra hacia países con mayor estabilidad política y/o socioeconómica, siendo esta movilidad espacial una estrategia de búsqueda de nuevas condiciones y oportunidades a las que se encontraban en sus países de origen.(2) Estas migraciones internacionales pueden darse de manera regular (en conformidad con las leyes del país de origen, de tránsito y de destino) o irregular (mal llamada clandestina o ilegal) cuando se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino(1).

Independiente del nivel de regularidad, la migración internacional es un proceso complejo y dinámico que comienza antes que la persona cruce la frontera de su país de origen y consta de 3 etapas: (3)

1. Fase premigratoria: corresponde a la pre-partida, que incluye todo lo que significa planificar la migración.
2. Fase de tránsito: aquí se traspasa la frontera del país de origen que en la mayoría de los casos es seguro y regular; en otros suele verse expuesta a riesgos de abuso, maltrato, violencia e incluso trata y tráfico de personas.
3. Fase de llegada (destino): en esta etapa los migrantes internacionales deben acomodarse social, cultural, política y legalmente al país receptor. Es en esta última etapa donde se agudizan los contextos de vulnerabilidad del proceso migratorio de las personas cuando éste último ocurre bajo complejas dificultades sociales, políticas y económicas, como por ejemplo las relacionadas a las condiciones de vida, de trabajo, con alta susceptibilidad a estigmatización y xenofobia, con una situación migratoria irregular que los coarta movilizarse y progresar en el país de llegada y restricciones en el acceso a la salud, etc., ubicando a estas personas en una posición de vulnerabilidad en el país receptor y rodeada de factores de riesgo para la salud, con menor capacidad para hacer barrera a las enfermedades, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA.(4) Cuando este grupo humano presenta barreras en el acceso a los servicios de salud en los países receptores, hace complejo estimar la prevalencia de enfermedades, VIH y otras ITS, conocer sus características y diversos aspectos socioepidemiológicos, contextos de vulnerabilidad y comportamentales que están relacionados

al riesgo de enfermar, para luego implementar medidas preventivas focalizadas.(5) Estas barreras en el acceso a la atención de salud de las personas migrantes internacionales pueden estar dadas por múltiples razones, como por ejemplo las diferencias culturales, el nivel socioeconómico bajo, el desconocimiento de los derechos en salud del país receptor, la falta de comprensión del funcionamiento del sistema de atención de salud y el miedo a la discriminación, entre otras.(6)

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un asunto relevante durante todo el ciclo vital sin distinción entre sexo, teniendo una profunda repercusión sobre la salud en las fases posteriores de la vida de las personas. El acceso universal a la SSR es un derecho humano fundamental que es central para lograr la Agenda 2030, como se enfatiza en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la buena salud y el bienestar y la igualdad de género.(7) Guarda importancia abordar a aquellas barreras y problemas que dificultan mantener una buena SSR, tales como el impedimento al acceso a los servicios de atención en SSR, a la información certera para el autocuidado frente a las ITS y VIH, al acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces y asequibles, a la guía profesional para la planificación familiar que ayudar a evitar embarazos no deseados y/o abortos en contextos riesgosos para la persona gestante, y los problemas relacionados con el embarazo y el parto tales como mortalidad fetal, infecciones congénitas, sepsis y muerte neonatal, ITS y VIH sobre todo en población adolescente y la violencia de género.(8)

Para la población migrante internacional el panorama se puede ver peor, dado por el entrecruzamiento entre la SSR y el acceso a ésta con los factores que perpetúan las inequidades en salud (derivados de los factores individuales y distales de la salud) transfiriéndoles poca capacidad de dominio sobre la SSR. Dentro de los factores distales que influyen en la SSR, se encuentran aquellas que están relacionadas a economías en crisis en los países receptores, discriminación, estigma y discurso hostil sobre la migración en la población del país de destino, falta de políticas y regulaciones sobre SSR en población migrante, malas condiciones de vida en el país de destino, barreras culturales y lingüísticas, etc.(6)

En Chile el acceso a la atención SSR y pruebas de ITS es insuficiente. (9) Es por ello que el propósito de este estudio es determinar la posible relación entre los factores socioepidemiológicos, conductuales o de contexto de vulnerabilidad con el nivel de acceso a la atención en SSR de la población venezolana residente en la Región Metropolitana de Chile, que pudieran estar actuando como barreras para el acceso a dichos servicios de SSR.

MARCO TEÓRICO

CARACTERIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN EN CHILE

Las migraciones humanas son un componente histórico importante en la evolución e interconexión de las sociedades a nivel mundial, por lo que la movilidad espacial ha sido considerada como una de las estrategias básicas con que han contado los seres humanos para buscar mejores condiciones de vida durante toda su historia.(10) En América, los desplazamientos en el último siglo han sucedido desde el sur hacia el norte del continente, debido a que es ahí donde las economías están más industrializadas y avanzadas tecnológicamente.(11) A pesar de aquello, la lejanía, las barreras culturales y los filtros administrativos crecientes generan un freno importante en la decisión de migrar hacia los países del norte del continente, por lo que han emergido los desplazamientos intrarregionales dentro de Latinoamérica. Actualmente, por ser sociedades con algún grado de estabilidad económica, cercanas geográfica, social, histórica y culturalmente, los países del Cono Sur son preferidos como destino para migrar.(12)

Una vez terminada la dictadura cívico militar que afectó al país, Chile ha resultado ser un destino migratorio atractivo y significativo para las poblaciones de países vecinos, no estando ajeno a la dinámica de Latinoamérica.(13) Al demostrar un mayor crecimiento económico comparado a la región, la población extranjera comenzó a migrar al país siendo inicialmente provenientes de países fronterizos: Perú, Argentina y Bolivia. Datos del CENSO realizado en el 2002 demuestran que en Chile aproximadamente 195.000 personas eran migrantes, correspondientes al 1,2% de la población total.(14) Entre el CENSO del 2002 y el realizado en el 2017, Chile vio aumentada la cantidad de personas migrantes, pasando de un 1,2% de población residente migrante habitando el país, a un 4,4% (784.685 personas), respectivamente.(15) Este mayor aumento de migrantes entrantes al país comienza en el año 2010, donde el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) informó que además de aumentar en número, comenzó a diversificarse el origen de la población migrante, que en un inicio era proveniente de Colombia y República Dominicana y luego en el 2014 predominantemente de Haití y Venezuela (14) y ya para el 2020 el DEM estimó que la población extranjera residente en Chile al 31 de diciembre de ese año fue de 1.462.103 personas, aproximadamente un 7% del total de la población nacional, donde la mayoría de las y los migrantes internacionales que viven en el país provenían de Venezuela (30,7%), Perú (16,3%), Haití (12,5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8,5%).(16)

MARCO NORMATIVO SOBRE TEMAS MIGRATORIOS

A. Normativa Nacional

A nivel constitucional, la normativa nacional se basa en el principio de universalidad de los derechos, por lo que no consagra disposiciones orientadas especialmente a personas migrantes. Tanto las disposiciones de carácter general de ésta como las garantías constitucionales establecidas en el Art. 19, que incluyen el derecho a la igualdad ante la ley y la prohibición de discriminación, el debido proceso, la libertad de circulación, la libertad de trabajo, entre otras, les son plenamente aplicables a las personas migrantes.(17)

En materia legislativa nacional, *en Abril del 2021 se publicó y promulgó la ley 21.325 “Ley de migración y extranjería”, que vino a sustituir al Decreto Ley 1.094, de 1975, con el objetivo de regular el ingreso, la estadía, la residencia, el egreso y el ejercicio de derechos y deberes de las personas extranjeras en el país. Además, se reemplaza el Departamento de extranjería y migraciones (DEM) por el Servicio Nacional del Migraciones y sus Direcciones Regionales en todo el país. Con esta ley las personas con intenciones de migrar a Chile deberán tramitar su visa en los consulados chilenos en el país de origen, para así contar con cédula de identidad desde el primer día en Chile, garantizando que la situación migratoria será siempre regular. Además, esta ley reconoce a los migrantes la protección de derechos laborales, respeto y protección hacia la mujer extranjera, acceso a la salud, a la seguridad social, reunificación familiar y beneficios de cargo fiscal, a la educación, a la vivienda propia, envío y recepción de remesas y al debido proceso. También facilita la expulsión administrativa de aquellas personas que hayan ingresado país de forma irregular.(18) Esta ley entró en vigencia en febrero del presente año una vez publicado el decreto N.º 296 que da por aprobado el reglamento de la ley 21.325 de migración y extranjería, que elaboró el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.(19)*

Además de esta ley y su reglamento existe el Decreto Supremo N° 5142 de 1960 sobre nacionalización de extranjeros, la Ley 20.507 sobre trata de personas y tráfico de migrantes y la Ley 20.430 sobre refugiados.(17)

B. Normativa internacional

El derecho al desplazamiento y la búsqueda de mejores oportunidades mediante la movilidad espacial está consagrado en el artículo N.º 13 de la Declaración Universal de los Derechos

Humanos.(10,20) El Informe de Derechos Humanos establece que: “los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos y ratificados por un Estado le suponen obligaciones. Una de ellas es proteger y garantizar los derechos de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción, sin distinción alguna con fundamento en su nacionalidad o condición migratoria. Esta obligación se encuentra establecida en los tratados generales sobre derechos humanos y se conoce como el derecho a la no discriminación”. (17)

Los principales tratados internacionales ratificados por Chile que tienen incidencia en materia migratoria son:(21)

- Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, párrafo 1.
- El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas.
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (Art. 10).
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, artículo 11 y el artículo 12, párrafo 1, apartado f).
- Convenio N° 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981).
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965, artículo 5, apartado e) inciso iv).
- Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, artículo 24.
- Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985).

CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD EN SALUD Y EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MIGRANTES INTERNACIONALES

a. Migración como determinante social en salud

La migración ha sido establecida como un determinante social de la salud (DSS) por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) porque las condiciones que rodean al proceso migratorio pueden conllevar a desigualdades en salud, mayores riesgos y resultados negativos para la salud.(22)

Los DSS son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, y están definidas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, dependiendo de los sistemas políticos adoptados por los países. Entonces estos DSS actúan como factores externos (también llamados distales) que modulan la salud de las personas y abordarlos es crucial ya que probablemente se genera un mayor impacto en la salud de la población que aquellos enfoques dirigidos individualmente.(22) Importante mencionar que existen dos conceptos que guardan íntima relación con el modelo de DSS: desigualdad e inequidad en salud. La desigualdad social en salud hace referencia a la variación de un aspecto cuantificable de un individuo o dentro y/o entre grupos sociales, cuya diferencia tiene relevancia social y carece de juicio moral sobre si se consideran justas o no. Por el contrario, la inequidad social en salud se define como una desigualdad social que se considera injusta, prevenible, innecesaria y modificable. Quienes viven en las peores condiciones, o aquellos grupos que sufren discriminación sistemática tienen los peores resultados en salud. Por tanto, las inequidades en salud se interpretan como brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos fundamentales.(21)

Aquellos países que presentan determinantes estructurales con un contexto socioeconómico-político que fundan y/o perpetúan la estratificación social, generan diferencias en la posición socioeconómica resultante de los individuos, impactando en la salud del grupo social en función de su posición dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los factores estructurales y sociales son responsables de una proporción importante de las desigualdades e inequidades en salud. Para las poblaciones desfavorecidas, estos factores se relacionan con mayores riesgos en salud, acceso reducido a los servicios sanitarios que conducen a peores resultados de la enfermedad y peores resultados económicos y sociales relacionados con la mala salud y los costos del tratamiento.(22) Los migrantes internacionales en mayor situación

de vulnerabilidad social están expuestos a riesgos muchas veces desde el lugar de origen (por ejemplo, en situación de guerra, durante la trata o la mutilación genital femenina).(21) Es decir, la condición de vulnerabilidad de la persona parte antes del acto migratorio al considerar su trayectoria de vida completa, las razones de migración, estado de salud previo a migrar y la experiencia misma de migrar. (3,23) Por lo tanto, el país de origen/etnia/raza ha sido reconocido como un DDS y un eje transversal de desigualdad.

Respecto a la migración como un DDS, ésta muestra cómo las condiciones que han vivido y viven los migrantes internacionales repercuten en su salud. Al actuar el país de origen como un DDS, toma relevancia su sistema de salud (oportunidad y calidad en el acceso a los servicios de salud) y las experiencias violentas y privativas que las personas migrantes han vivido ahí, que sumado al proceso migratorio y la llegada a un nuevo entorno sociocultural, bajo un contexto de vulnerabilidad humana y social, ubica a los migrantes en una posición inferior en el país de destino y rodeados de factores de riesgo para la salud que pueden afectarles el bienestar físico y mental.(24) Dichos contextos de vulnerabilidad hacen referencia a las condiciones de vida de las personas migrantes en el país receptor (deprivación socioeconómica, hacinamiento, con limitado acceso a la alimentación, agua potable, vivienda digna, educación y justicia), la realización de trabajos mal pagados con gran exigencia física y a veces peligrosos, el confrontar las consecuencias de la pérdida de vínculos familiares y redes sociales, la estigmatización y xenofobia, la situación de regularidad migratoria, como también las relacionadas a las conductas saludables y a las restricciones de acceso a la salud que viven.(3,16, 20) Además de ello, estas situaciones generan una menor capacidad de hacer barrera a las enfermedades, incluidas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA. Entonces la migración no debe ser entendida *per se* como un factor de riesgo para la salud o de propagación de las ITS y/o VIH, sino que son las condiciones de vulnerabilidad vividas en el país de destino las que ponen en riesgo a las personas migrantes. Por lo tanto, la situación migratoria bajo un contexto de vulnerabilidad debe ser entendida como un factor que influye en la salud y en las conductas saludables debido a las restricciones de acceso a la salud que viven estas personas.(4)

b. Determinantes de acceso al sistema sanitario en población migrante internacional

El acceso universal a la salud es un derecho humano básico, sin embargo existen múltiples barreras para acceder al sistema de salud que pueden enfrentar las personas migrantes en los países de destino, como las diferencias culturales y lingüísticas, el nivel socioeconómico bajo, la

situación migratoria (nivel de regularidad), el desconocimiento de los derechos en salud, la falta de comprensión del funcionamiento del sistema de atención de salud en el nuevo país y el miedo a la discriminación, falta de infraestructura en salud que dé cobertura a los residentes locales y migrantes, y también el miedo al maltrato y discriminación.(25) Cada categoría no actúa independientemente sino que se interrelaciona con las otras, dando lugar a diferentes formas de exclusión.(26) Estas barreras pueden ocurrir a nivel de la persona migrante (sexo, edad, educación, ingresos, estatus migratorio, prácticas personales de salud, etc.), a nivel del prestador de salud (sensibilidad cultural y competencia, estilo de comunicación, idiomáticas, etc.) y a nivel del sistema de salud (políticas de salud pública, interconsultas, horarios de atención establecidos, tiempos de espera para una atención en salud, etc.)(5).

En Chile aún se observan situaciones de vulnerabilidad que repercuten directamente en el acceso a salud, tanto para personas locales como migrantes, viéndose mayormente afectados estos últimos.(24) Una de las principales barreras para acceder al sistema de salud de las personas migrantes en Chile es la falta de seguro social de salud, siendo los más afectados los migrantes con un menor tiempo de residencia en el país, lo que consecuentemente les repercute en el acceso a servicios de salud por falta de protección y por los costos asociados a las prestaciones en salud, revirtiéndose estas faltas de provisiones y acceso a los servicios de salud a medida que pasan los años de residencia en el país.(24) De acuerdo con la Encuesta de caracterización socioeconómica nacional 2017 (CASEN 2017), la proporción de migrantes sin previsión en salud es del 15,8%, en comparación con el 2,2% de los chilenos, y este indicador es usado para evaluar el acceso al sistema de salud.(21) Al comparar con los datos emanados de la CASEN 2020, el 1% de la población chilena y el 11% de las personas migrantes se encontraban desprovistas de seguridad social en salud al no estar insertas en algún sistema previsional. Aun cuando estas cifras reflejaron una disminución de la situación respecto a la CASEN 2017, existe una cifra elevada (sobre 10%) de migrantes sin protección en salud.(24) Es importante mencionar que la protección de la salud de las personas migrantes está garantizada en las normas constitucionales y las disposiciones legales que han sido trabajadas en el tiempo, tales como la Circular 1.179 (2003), el oficio ordinario 3229 (2008), la Ley de Derechos y Deberes en la atención en salud (2012) y el Decreto Supremo N°67 (2015), donde este último permite que migrantes internacionales en estado migratorio irregular carentes de recursos o indigentes, puedan ser beneficiarios de FONASA A.(24) Cabe señalar que los migrantes regulares tienen derecho al acceso a la salud en igualdad de condiciones que los nacionales. Otras normativas garantizan atención de urgencia a las personas migrantes

internacionales en la red pública; atención de salud a las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años; todos ellos independiente de su situación migratoria. A pesar de todo lo anterior, la situación migratoria irregular sigue siendo una las barreras identificadas en el acceso a la atención en salud en el país debido al temor de estar de manera irregular en el país y a la desinformación que hay respecto a estas garantías en salud a pesar de su situación migratoria, que esta desinformación no sólo viene desde los migrantes sino de los mismos funcionarios respecto a las normativas que garantizan el acceso a la atención en salud de las personas migrantes.(24)

Chile garantiza el derecho a recibir todas las prestaciones de salud pública contenidas en el artículo 10 de la ley 18.469 y cualquier otra de análoga naturaleza incluida la atención del virus de VIH, de ITS y demás acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva, independiente de la situación migratoria de las personas.(2) Según la CASEN 2015, hubo una mejora en el acceso a los servicios de salud, debido a que el 1,6% de los migrantes internacionales no acudieron a los servicios de salud frente a un problema de salud por problemas ajenos a su voluntad, respecto al año 2009 cuyo porcentaje fue de 6,7%. Respecto a los egresos hospitalarios, estos no superaron el 1% de los egresos a nivel nacional.(21)

c. Salud sexual y reproductiva (SSR)

El acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho humano fundamental que es central para lograr la Agenda 2030, como se enfatiza en los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la buena salud y el bienestar y la igualdad de género.(7)

La salud sexual es definida como “un estado de bienestar físico, mental y social en el ámbito sexual y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.(27) Ella integra aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad de tal forma que enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor. Abarca una amplia gama de aspectos, como la educación sexual, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la salud sexual en todas las etapas de la vida y la promoción del respeto y la igualdad de género.(8) Por otro lado, la salud reproductiva es entendida como la “condición en donde se logra el proceso reproductivo bajo un completo bienestar físico, psicológico y social para la

madre, padre e hijos/as y no solamente la ausencia de enfermedad o trastorno en dicho proceso. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia y el acceso a servicios de salud reproductiva que les permitan ejercer estos derechos de manera segura. Abarca aspectos como la planificación familiar, la atención prenatal y postnatal, la prevención y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, y el acceso a servicios de aborto seguro y legal cuando sea necesario".(30)

d. Determinantes sociales en salud como barrera en el acceso a la Salud Sexual y reproductiva en migrantes internacionales

La SSR es un asunto relevante durante todo el ciclo vital sin distinción entre sexo, teniendo una profunda repercusión sobre la salud en las fases posteriores de la vida de las personas. Así como el estado de salud está influenciado tanto por aquellos factores individuales como los distales (externos) a cada persona, la SSR también y está estrechamente ligada a las condiciones políticas, socioeconómicas, ambientales y culturales que las personas se ven rodeadas, que cuando se dan en un contexto de inequidad, se entrecruzan y transfieren poca capacidad de dominio sobre la SSR. Factores distales que están relacionados a economías en crisis en los países receptores, discriminación, estigma y discurso hostil sobre la migración en la población del país de destino, falta de políticas y regulaciones sobre SSR en población migrante, malas condiciones de vida en el país de destino, barreras culturales y lingüísticas, sistemas políticos e instituciones que son xenófobos, racistas, sexistas, clasistas o marginadoras convergen con frecuencia para colocar a los migrantes en situaciones precarias al tiempo que impiden su acceso a recursos que promueven la salud.(6,22)

Por ende, para mantener una buena SSR es importante enfrentar los obstáculos que impidan el acceso: a los servicios de atención de la SSR; a la información certera para el autocuidado de las ITS y VIH sobre todo en población adolescente; a la disponibilidad de métodos anticonceptivos eficaces y asequibles; al poder de decisión sobre la maternidad y paternidad para evitar embarazos no planificados y/o no deseados; al aborto en condiciones de seguridad que evite la mortalidad y discapacidad de las personas gestantes; al tratamiento de la violencia de género; al manejo de los problemas relacionados con el embarazo y el parto tales como mortalidad fetal, infecciones congénitas, sepsis y muerte neonatal.(8)

La retórica antiinmigrante puede influenciar a los centros de salud para negar atención en SSR a los migrantes irregulares, quienes se ven amenazados y coartados en el acceso a la atención en salud. En el mismo plano, cuando la migración se enmarca como una amenaza para la economía y una carga para los sistemas de salud del país receptor, influye negativamente en la opinión pública y limita las opciones de SSR de los migrantes, quienes evitan hacer uso del sistema para no ser tildados de abusivos.

Las crisis económicas en los países de destino generan limitaciones en los recursos financieros, pudiendo afectar a aquellos que estaban destinados para la SSR de los migrantes, repercutiendo en los servicios preventivos de SSR o retrasando el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la SSR, dando como resultado bajos niveles de pruebas de VIH en los migrantes. Hay evidencia de un riesgo desproporcionadamente mayor de contraer ITS entre los migrantes relacionado con las medidas de austeridad y los recortes en los programas de prevención y tratamiento, lo que crea directamente las condiciones propicias para la transmisión de las ITS.(6)

Otro punto a considerar es la falta general de políticas, regulaciones y lineamientos sobre SSR para migrantes, donde los derechos legales de atención varían según el tipo de migrante (migrantes regulares gozan de mayores beneficios que los irregulares) y son especialmente restrictivos para los migrantes irregulares. En muchos países de la Unión Europea, los migrantes irregulares sólo tienen acceso a los servicios de emergencia, no habiendo claridad en el término “servicios de emergencia”, que varía según los países y está sujeta a cambios, creando incertidumbre sobre el derecho a la atención de la SSR; muchos países europeos restringen a los inmigrantes irregulares el acceso al tratamiento para la hepatitis C, y actualmente en 46 países se restringe la entrada, estancia o residencia a personas que viven con VIH, generando que los migrantes irregulares, cuyo estatus legal y temor a la deportación actúan como disuasivos para realizarse exámenes para detección del VIH o acceder a los tratamientos de manera oportuna. Otro aspecto a considerar es el cumplimiento con los requisitos administrativos necesarios para acceder a la atención que puede ser prohibitivo tanto para los migrantes como para los centros de salud. Por ejemplo, cuando los requisitos como prueba de residencia, seguro de salud o recursos no están claros, crean incertidumbre sobre el derecho tanto para los migrantes como para los centros de salud.(22)

Los problemas de comunicación, idioma y cultura relacionados con el proceso de migración actúan también como barreras en el acceso a los servicios de salud, ya que disminuyen la

efectividad de las actividades promocionales y preventivas de la salud dirigidas a esta población, dificultan que los migrantes naveguen por los sistemas de salud e impiden que los trabajadores de la salud brinden servicios adecuados a los migrantes. Por ejemplo, la incapacidad de los migrantes para comunicar de manera efectiva los signos y síntomas de una enfermedad podría disminuir la probabilidad de diagnóstico sintromico de infecciones, lo que podría conducir a un manejo inadecuado del VIH y las ITS. Las actitudes y creencias culturales entre los migrantes y los centros de salud pueden actuar como barreras para una adecuada SSR de los migrantes. Por ejemplo, el conocimiento, las actitudes y las prácticas no adecuadas sobre la SSR aumentan el riesgo de ITS. La falta de sensibilidad cultural de los centros de atención de la salud limita la aceptación de las pruebas del VIH entre los migrantes. Los factores socioculturales (p. ej., el matrimonio infantil precoz, la falta de acceso a los servicios sociales, etc.) hacen que las mujeres y los niños sean vulnerables a la trata de personas y la subsiguiente violencia sexual.(22)

Por último, el estatus migratorio también se entrecruza con otros factores como el género para excluir a los migrantes, en particular a las mujeres, del acceso a la atención en SSR, acentuando aún más esta diferencia que ya tienen las personas locatarias. Respecto al género, transversalmente el acceso de los hombres a los servicios de SSR ha sido conceptualizado como un asunto de mujeres. Los hombres, respondiendo a diversos mandatos sociales y culturales, presentan actitudes que posiciona directamente su SSR en riesgo: vivir la sexualidad bajo el mandato de la masculinidad hegemónica, mayores parejas sexuales, sexualidad bajo uso y abuso de drogas y/o alcohol, y comportamientos que se resisten al uso de preservativos.(28)

Por otra parte, las experiencias de SSR de las mujeres han sido moldeadas por el patriarcado y la heteronormatividad (29); en mujeres migrantes, el conocimiento sobre SSR y la capacidad de acceder y usar anticonceptivos se ha visto regulada por los hombres. Un estudio realizado con mujeres asiáticas evidenció que ellas han presentado dificultades para negociar el uso del condón con sus parejas sexuales, han tenido que lidiar con las expectativas que fueran sexualmente obedientes y sumisas y presentar consecuencias negativas en casos de embarazos no deseados o relaciones sexuales antes del matrimonio, incluida la violencia física y sexual y la coerción reproductiva.(30)

En países occidentales de altos ingresos, las mujeres migrantes a menudo reportan peores resultados de salud sexual y reproductiva (SSR) y registran una menor utilización de los

servicios de SSR (30). Estudios en Australia, han mostrado que mujeres asiáticas tienen más probabilidades de contraer hepatitis B y de obtener un diagnóstico tardío de VIH que las australianas.(31) Igualmente estudios europeos han encontrado que las mujeres inmigrantes tienen un mayor riesgo de contraer el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), y acceden a los servicios de salud sexual mucho menos que las no inmigrantes.(32)

En un estudio realizado con inmigrantes latinos en EE.UU. se encontró que esta población consulta más tarde por VIH debido a diversas barreras, por lo que comienzan el tratamiento cuando la enfermedad está avanzada (4). Un estudio realizado en la Unión Europea mostró que los migrantes diagnosticados con VIH, tienden a consultar tardíamente por atención y tratamiento, en comparación a los nacionales, y ellos representaron dos quintas partes de los casos de VIH notificados durante un periodo entre 2007 a 2012 y tuvieron una mayor presentación tardía del VIH.(33)

En Chile el acceso a la atención de salud sexual y pruebas de ITS/VIH es insuficiente.(9) Un estudio cualitativo realizado en la Región Metropolitana de Chile, con adolescentes latinoamericanos residentes en Chile, mostró que una de las barreras en la salud sexual y reproductiva identificadas por ellos es el acceso a los preservativos debido al alto costo en las farmacias, en la atención primaria de salud se debe agendar cita con matrona y muchas veces que se les niega su dispensación al no tener mayoría de edad, aunque la Ley N.º 20418 establece lo contrario.(34) Cifras de la CASEN 2015 muestran que el 48,73% de las mujeres migrantes de 35 años o más se han realizado una mamografía y un 38,8% de las mujeres migrantes de 15 o más años no se ha realizado un Papanicolau.(21) Estas barreras restringen o reducen el acceso a los servicios de salud en los migrantes, a las medidas preventivas del VIH, la detección, el tratamiento antirretroviral o muchas veces optan por consultar tardíamente y atenderse sólo en situaciones de urgencia (22,23).

A nivel nacional, las mujeres migrantes han reportado que se han visto expuestas a malos tratos, violencia obstétrica, conductas despectivas y comportamientos ofensivos durante la atención en salud que se han traducido en tratos poco empáticos, poca disposición a responder dudas, entrega de escasa información e incluso en tratos despreciativos por sus rasgos étnicos.(35)

Los migrantes se encuentran entre los últimos subgrupos en ser clasificados como una "población clave" del VIH, y se reconoce que epidemiológicamente conllevan un mayor riesgo, vulnerabilidad y carga de infección debido a una combinación de factores biológicos, socioeconómicos y estructurales mencionados en apartados anteriores.(38)

Epidemiología del VIH/SIDA y las ITS

Las tasas anuales de nuevas infecciones por el VIH en la región de América Latina se han mantenido estables durante la última década; no así en Chile, donde la tasa ha aumentado en un 34% desde 2010, el mayor aumento de cualquier país de las Américas, por encima, por ejemplo, de Guatemala (23%), Costa Rica (16%), Honduras (11%) y Panamá (9%).(44) Chile, según la definición de ONUSIDA, tiene una epidemia de tipo concentrada. Esto quiere decir que tiene una prevalencia superior al 5% en las subpoblaciones más vulnerables y de menos del 1% en la población general.(44) Los datos disponibles más recientes del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) sugieren que hubo un aumento de tasa a nivel nacional de 21,4 casos confirmados de VIH por 100.000 habitantes en el año 2010, hasta registrar una tasa de 37,1 por 100.000 hab. en el año 2018 (44). Durante el año 2019 se confirmaron 6720 casos, 4446 casos durante 2020 y 3668 casos entre enero a septiembre del 2021, lo que representa un aumento aproximado de 100% entre el periodo 2012 al 2021.(45) El departamento de estadísticas e información de salud reporta que en Chile la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA fue de un total de 27.663 nuevos casos en el año 2019, más de 1000 nuevos casos con respecto al año 2018, que abarcan a la sífilis en todas sus formas, gonorrea, herpes, infecciones por chlamydias y otras ITS no especificadas anteriormente. (46) Respecto de la edad, tanto para las ITS y el VIH/SIDA, existe una alta concentración de casos en personas de la segunda década, siguiéndole la tercera y respecto al sexo, afecta mayormente al sexo masculino. Los casos de VIH se concentran principalmente entre hombres jóvenes de 20 a 34 años, especialmente entre hombres homosexuales y bisexuales, coincidiendo justamente con el rango etario mayoritario que migra hacia el país. La vía de transmisión más común es la relación sexual, que representa el 99% de los casos nuevos en los últimos 5 años en Chile (44).

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto profundo en la respuesta a la infección por VIH al interrumpir la prevención, las pruebas y el acceso al tratamiento antirretroviral, así como en el manejo del VIH a largo plazo y la salud mental. Este impacto negativo ha sido desigual en todo el mundo y entre las poblaciones, profundizando las desigualdades en salud,(47) por lo

que es de esperar que esta baja en notificaciones del VIH se deba a la dificultad en el acceso de aquellos seropositivos no detectados en los servicios de salud del país durante la pandemia COVID-19.

Según el ISP, existe un incipiente impacto de las migraciones en el país con respecto al VIH. En los últimos 4 años (2015-2018), un 23,8 % del total de nuevos casos diagnosticados correspondió a personas extranjeras. Si bien, según nacionalidad la mayor proporción de casos corresponde a chilenos infectados, se observa un aumento progresivo en la incidencia de los casos de VIH en la población extranjera, pasando de 396 nuevos casos diagnosticados en el año 2015 (9,2% de los casos diagnosticados totales ese año) a 2.580 nuevos casos de VIH en el año 2018 (representando al 37,1% de los casos diagnosticados totales del año 2018). Cabe señalar que del total de personas migrantes VIH+ diagnosticadas durante el año 2018, el 60,6% declaró haber adquirido la infección fuera de Chile.(48) Los datos disponibles muestran claramente la necesidad de poner atención en la prestación de servicios de salud y prevención del VIH a migrantes y la necesidad de realizar más investigaciones (49)

HIPÓTESIS

Existen diversos factores socioepidemiológicos, conductuales y contextos de vulnerabilidad que se relacionan con el grado de acceso a la salud sexual y reproductiva en personas venezolanas residentes en la Región Metropolitana de Chile.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar y caracterizar los aspectos socioepidemiológicos, conductuales y contextos de vulnerabilidad que se relacionan con el nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva en personas migrantes venezolanas que residen en la Región Metropolitana de Chile.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a las personas migrantes venezolanas residentes en la Región Metropolitana según aspectos socioepidemiológicos, conductuales y los contextos de vulnerabilidad.
2. Cuantificar el nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanos y venezolanas de la región Metropolitana, incluyendo controles ginecológicos y/o urológicos, anticonceptivo femenino, preservativos masculinos y examen del VIH.
3. Identificar si existen diferencias entre los factores socioepidemiológicos, conductuales y los contextos de vulnerabilidad con el nivel de acceso a las atenciones de salud sexual y reproductiva en personas migrantes venezolanas residentes en la Región Metropolitana de Chile.

MARCO METODOLÓGICO

Diseño

Diseño de estudio transversal con componente descriptivo y analítico.

Muestra del estudio

Personas migrantes venezolanas residentes en la Región Metropolitana de Chile (RM).

Criterios de inclusión

Tener al menos 18 años de edad, haber nacido en Venezuela con residencia hace más de 4 meses en la Región Metropolitana de Chile, haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida y firmar el formulario de consentimiento informado para participar.

Tipo de muestreo

Los datos se recopilaron mediante un muestreo impulsado por los encuestados o del inglés *Respondent-Driven Sampling* (RDS). El RDS es un método de muestreo tipo bola de nieve que permite trabajar con poblaciones ocultas o de difícil acceso donde un método de muestreo aleatorio se ve limitado, permitiendo hacer inferencias en estas poblaciones. Incluye procedimientos tanto en el trabajo de campo como en el análisis estadístico posterior, corrigiendo los sesgos de selección encontrados en la mayoría de los métodos no probabilísticos de muestreo (bola de nieve, muestreo a través de informantes claves, entre otros). En su ejecución, se reclutan a los primeros integrantes (semillas) según ciertas características afines al estudio, quienes posteriormente van a referenciar a otros miembros de su grupo, y estos últimos a otros miembros, así sucesivamente, generando olas de reclutamiento hasta finalmente alcanzar el tamaño final de la muestra o cuando se muestrea una red completa de la población de interés(50)(51). Para su aplicación se necesita que la población se encuentre conectada por redes que sean densas porque hay una necesidad de ponderar la muestra para compensar cuantitativamente las diferencias entre los grupos debido a la tendencia a reclutar pares similares dentro de ellos (concepto de homofilia). Además, el número de “olas” debe ser lo suficientemente grande como para tener una población adecuada en cantidad para que sea representativa de la población objetivo (concepto de equilibrio). Así, la composición final de la muestra es independiente de las características de los individuos que empiezan con la primera ola.(52) Posteriormente, los datos se analizan mediante un modelado matemático basado en la teoría de la cadena de Márkov y la teoría de la red sesgada, que genera un peso distinto a cada participante, dependiendo de su tamaño de red social.(53)

A través de este muestreo, se reclutaron 252 personas migrantes venezolanas que residen en la Región Metropolitana.

Métodos de recolección de la información

Se utilizaron los datos individuales provenientes del trabajo de campo con migrantes venezolanas y venezolanos residentes en la Región Metropolitana y la aplicación del cuestionario socio-epidemiológico del proyecto MIRADASS-FONIS SA19I0023: “Contextos de vulnerabilidad, prácticas sexuales y barreras institucionales para el abordaje de la salud sexual, el VIH y otras ITS en población migrante: recomendaciones para los distintos niveles de atención del sistema sanitario chileno”. Doscientas cincuenta y dos personas migrantes venezolanas respondieron la encuesta. A manera de contextualizar sobre la recopilación de los datos, se describirá brevemente las etapas utilizadas a continuación.

A. Aspectos logísticos del reclutamiento

Las semillas para este trabajo de investigación fueron seleccionadas previamente mediante un estudio cualitativo exploratorio, donde se definieron los perfiles de personas “semillas” que se necesitaban. De acuerdo a los resultados de dicho estudio, los perfiles consideraron las variables sexo, nivel educacional y orientación sexual, como también que fueran venezolanos y venezolanas con una amplia red social, finalizando con un total de 3 semillas. Una vez establecido quiénes serían las semillas, éstas contaron con dos cupones cada uno para entregarle a dos personas que reclutaran, quienes debieron acudir a los centros de reclutamiento ubicados en el CESFAM Las Mercedes, Facultad de Medicina y Casa Central de la Universidad de Chile, Estación Mapocho y el Colegio República de Paraguay. A ellos se les dieron dos cupones que luego entregaron a sus dos reclutados, y así sucesivamente.

Aquellos que cumplieron con todos los criterios de inclusión, tenían el cupón de reclutamiento y firmaron el consentimiento informado, se les aplicó el Formulario Preguntas de Red Social, que contiene 7 preguntas cuya finalidad es estimar el tamaño de la red social que posee cada reclutado.

B. Instrumento de recolección de información: cuestionario MIRADASS (ANEXO 1)

La elaboración del cuestionario se realizó mediante un estudio cualitativo descriptivo exploratorio, por medio de entrevistas semiestructuradas a 20 personas migrantes de

Venezuela y 18 entrevistas semiestructuradas a informantes claves provenientes de organizaciones de migrantes y profesionales de la salud, para recoger información relevante para la formulación del instrumento final.

El cuestionario preliminar pasó por un panel Delphi en varias instancias, para dar visto bueno al instrumento a utilizar. Finalmente, éste consta de 97 preguntas separadas en 9 secciones. Para efectos de este estudio, se seleccionaron solamente 73 preguntas atingentes a los objetivos de este mismo, detallado a continuación:

- a. Características sociodemográficas (5 preguntas)
- b. Trayectoria migratoria (4 preguntas)
- c. Situación económica (3 preguntas)
- d. Características clínicas y cuidado de salud (6 preguntas)
- e. Salud sexual (29 preguntas)
- f. Prácticas sexuales (14 preguntas)
- g. Contextos de vulnerabilidad (7 preguntas)
- h. Barrera para el acceso a atención de salud sexual (5 preguntas)

C. Trabajo de campo: aplicación de cuestionario MIRADASS.

Este cuestionario fue aplicado durante los meses de Enero a Agosto del 2022. Cada participante, voluntariamente, respondió el cuestionario que tuvo una duración promedio aproximado de 45 minutos. Cabe señalar que la información entregada queda en total confidencialidad y sólo se les aplicó la encuesta a aquellas personas que poseían el cupón entregado por la semilla que los reclutó y que cumplían con los criterios de inclusión. Las encuestas se realizaron en lugares especificados anteriormente (respetando todos los protocolos COVID) o a través de una videollamada previo acuerdo de cita/hora/día por los participantes. Las encuestas fueron realizadas por encuestadoras capacitadas.

Para finalizar, a los participantes se les realizó una consejería breve sobre salud sexual, VIH/SIDA e ITS. También, se les informó sobre centros donde realizar testeos de VIH y otras ITS para aquellos que lo requieran y/o deseen chequearse.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Variable dependiente:

ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: emanado del reporte de aquellas personas que han tenido, estando en Chile, algún requerimiento relacionado con necesidades, indicaciones y/o interés vinculadas a la salud sexual o reproductiva (control ginecológico o urológico preventivo o por molestia en su genital y/o mama(s), obtención de condones, examen del VIH, indicación de métodos anticonceptivos femeninos y el examen de las mamas). Aquellos que no tuvieron alguna problemática vinculada a la SSR mencionada anteriormente, no se consideraron en esta variable.

Se indagó cuántas personas de este grupo tuvieron una respuesta positiva a todas sus demandas en SSR al responder a la siguiente pregunta: ¿Tuvo alguna consulta o atención profesional por ese requerimiento de salud?

Para efecto de este estudio, la variable *Acceso a la salud sexual y reproductiva (AASS)* se recodificó como variable categórica dicotómica:

ASS+: aquellos que contesten SÍ en todas las demandas en SSR que haya presentado.

ASS-: aquellos que contesten NO en al menos una de las demandas en SSR que haya presentado.

Variables independientes

CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS:

Variable	Tipo de variable	Valores
Edad	Numérica continua	18 o más años.
	Categórica ordinal	1= 18 a 24 años 2= 25 a 34 años 3= 35 a 44 años 4= 45 o más años
Sexo biológico	Categórica nominal	Mujer, Hombre, Intersexual.
Género	Categórica nominal	Cis, Trans, No binario, Otro.
Previsión de Salud	Categórica dicotómica	Con previsión de salud (FONASA, ISAPRE, Otra) Sin previsión de salud.
Nivel educacional	Categórica ordinal	Primaria, Secundaria, Superior, Especialización.

CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD:

a. Relacionado a la situación migratoria:

Variable	Tipo de variable	Valores
Residencia en Chile	Categórica ordinal	Menor 6 meses, 6 meses a menos de 1 año, 1 a 3 años, mayor a 3 años.
Situación migratoria	Categórica dicotómica	migrante regular (con VISA, en trámite, en trámite con plazo vencido), migrante irregular (no tiene VISA).
Motivos de migración	Categórica nominal	Económicos, Estudios, Inestabilidad política, Violencia política, Violencia de pareja, Tratamiento médico, Discriminación por identidad u orientación sexual, Reunificación familiar, Otros motivos.
Situaciones desagradables durante el traslado a Chile	Categórica nominal	Pago para documentos informales, Contrabando de migrantes, Abuso/violencia no sexual, Abuso/violencia sexual, No sufre.
Sensación de haber sido discriminada/o en Chile	Categórica dicotómica	Sí, No.
Razones de discriminación	Categórica nominal	País de origen, Género, Orientación sexual, Color de piel, Religión, Edad, Apariencia física, Educación, Nivel económico, Condición de persona viviendo con VIH, Discapacidad física o cognitiva, Otra razón.
Sexo a cambio de recibir un favor en Chile	Categórica dicotómica	Sí, No.
Sexo a cambio de hacer un favor en Chile	Categórica dicotómica	Sí, No.
Sufrimiento de abuso sexual en Chile	Categórica dicotómica	Sí, No.

b. Relacionado a la situación económica en Chile:

Variable	Tipo de variables	Valores
Situación laboral	Categórica nominal	Remunerado, Sin remuneración, Desempleado.
Situación económica	Categórica ordinal	Crítica, Bajo, Medio, Alto

c. Relacionado a la salud:

Variable	Tipo de variable	Valores
Necesidad de atención en salud estando en Chile	Categórica dicotómica	Sí, No.
a. Concurrencia a profesional de salud para satisfacción de necesidad en salud	Categórica dicotómica	Sí, No.
a.1 Sistema de salud utilizado en Chile	Categórica nominal	Sólo red pública, sólo red privada, ambas.
a.2 Motivos por los que no recurre a profesional de salud	Categórica nominal	No supo dónde ir, Miedo a la deportación, No posee RUT y creyó que no se podía atender, Le negaron la atención por no tener RUT, Alta espera para cita profesional o atención en salud, No podía pagar, Dificultades para asistir a los centros de salud, Temor a la discriminación, Temor a las malas prácticas, No confía en la medicina convencional, etc.

CONDUCTUALES Y DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: *En esta sección se hace distinción entre hombres y mujeres cis o transgénero.*

a. Relacionados con antecedentes ginecológicos, el aparato reproductor femenino y la anticoncepción:

Variable	Tipo de variable	Valores
A. En su vida, ¿asiste a una atención con ginecólogo o matrona:		
a.1 ¿para realizar controles anuales?	Categórica dicotómica	Sí, No.
a.2 ¿cuándo tiene alguna molestia leve o regular?	Categórica dicotómica	Sí, No.
a.3 ¿cuándo nota la presencia de una molestia mayor o un síntoma alarmante?	Categórica dicotómica	Sí, No.
B. Alguna vez en la vida, ¿le han realizado el PAP test?:		
b.1 ¿cuál fue el resultado del último PAP test?:	Categórica nominal	Normal, Alterado, No sabe.
b.2 ¿hace cuánto tiempo se realizó por última vez un PAP test?:	Categórica ordinal	Menos de 1 año, Entre 1 y 2 años, Entre 2 y 3 años, Más de 3 años.
b.3 ¿Por qué motivo nunca se ha realizado el PAP test o no se lo ha realizado en los últimos 3 años?.	Categórica nominal	No sabía que debía hacerlo, No tengo la edad necesaria para hacerlo, No es importante para mi salud, No he tenido tiempo, No tengo dinero para pagar el examen, No sé dónde hacerlo, Tengo miedo al resultado, Me incomoda el procedimiento, Otro.
C. ¿Alguna vez ha sufrido una infección (presencia de bacterias, virus u hongos) en los genitales producto de la menstruación?		
c.1 ¿Qué medidas ha tomado o tomaría para prevenir o	Categórica nominal	Esperar que pase, Beber agua de hierbas medicinales, Tomar

combatir la infección producida por la menstruación?		antibióticos, Realizar baños de vapor en los genitales con algún producto no natural, Consultar en un recinto de salud, Otra.
D. Respecto de los métodos anticonceptivos hormonales que se indican a mujeres ¿con qué frecuencia cree que ocurren las siguientes situaciones a usted u otras mujeres?:		
d.1 Fallan y no impiden el embarazo.	Categórica nominal	Nunca, Algunas veces, Siempre, No sabe.
d.2 Generan molestias (dolores de cabeza, obesidad, aumento de los vellos, dolor durante la menstruación, etc.).	Categórica nominal	Nunca, Algunas veces, Siempre, No sabe.
d.3 Generan trombosis, accidentes vasculares o cerebrales:	Categórica nominal	Nunca, Algunas veces, Siempre, No sabe.
d.4 Provocan esterilidad en la mujer.	Categórica nominal	Nunca, Algunas veces, Siempre, No sabe.
d.5 provocan cáncer.	Categórica nominal	Nunca, Algunas veces, Siempre, No sabe.
E. Con su actual o última pareja estable u ocasional, ¿qué método/s usa/ban para evitar el embarazo?	Categórica nominal	Ninguno, Abstinencia sexual, Condón masculino/externo/para pene, Condón femenino/interno/para vagina, Anticonceptivo oral (pastillas), T de cobre (diu), Anticonceptivo inyectable, Parche anticonceptivo, Implante anticonceptivo, Esterilización de uno de los dos miembros de la pareja, Menopausia/histerectomizada/ligada de tubas, Evitar tener relaciones sexuales los días fértiles, Relaciones sexuales durante la menstruación, Productos naturales como aceites, infusiones, hojas, etc., No aplica, Otro.
e.1 Estando en Chile, ¿alguna	Categórica nominal	Sí, No, No sabe.

vez usted o su pareja ha utilizado un condón femenino/interno/ para vagina?		
---	--	--

b. Relacionado a las ITS y su abordaje:

Variable	Tipo de variable	Valores
A. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado una infección de transmisión sexual?	Categórica nominal	Sí, No, No sabe.
B. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga una secreción anormal o que no es orina ni semen por sus genitales?	Categórica dicotómica	Sí, No.
C. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga alguna herida o protuberancia en su pene/vagina o ano?	Categórica dicotómica	Sí, No.
D. Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para consultar por molestias ginecológicas y/o urológicas?	Categórica nominal	No conozco ningún lugar, Cefam/consultorio, Urgencia de un cefam u hospital (incluye la posta central), Un centro de especialidades de un hospital (cae, crs, unacess), Consulta privada, Profesional de la salud que atiende de manera privada pero fuera del sistema (título no homologado), Especialista en salud que cura con hierbas o ritos, Farmacias.

c. Relacionado al VIH y su protección:

Variable	Tipo de variable	Valores
A. Según lo que usted sabe, ¿con cuál de estas situaciones se puede adquirir el VIH?:		
a.1 Transmitirlo al hijo durante el parto vaginal	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.2 Al dar pecho una madre puede transmitirlo al bebé.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.3 Por una relación sexual sin condón con una persona con VIH.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.4 Por compartir cubiertos con una persona con VIH.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.5 Por compartir el baño con una persona con VIH.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.6 Por compartir objetos cortantes (afeitadora, navaja) con una persona con VIH.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.7 Por compartir una jeringa con una persona con VIH.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.8 Durante una cirugía o una transfusión de sangre.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.9 Si te salpica sangre de una persona infectada.	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
a.10 Por el mal deseo de una persona (maldición).	Categórica nominal	Sí, No, Tiene dudas.
B. Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para realizarse el examen del VIH	Categórica nominal	No conozco ningún lugar, Cefam/consultorio, Urgencia de un cefam u hospital (incluye la posta central), Un centro de especialidades de un hospital (cae, crs, unaccess), Consulta privada, Laboratorio privado, Especialista en salud que cura con hierbas o ritos, Farmacias, Campañas

		de testeo fuera de recintos de salud, Otras.
C. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba para el VIH (incluye test rápido)?	Categórica nominal	Sí y fue a recoger o vio los resultados, Sí, pero no fue a recoger o no vio los resultados, No, No sabe.
c.1 ¿Cuál es el motivo principal por el que nunca se ha realizado la prueba del VIH/sida?	Categórica nominal	No ha sabido dónde acudir, No ha tenido tiempo, No lo ha considerado necesario porque solo ha tenido parejas estables y confía/aba en ellos/ellas, No lo ha considerado necesario porque ha tenido pocas parejas en su vida, No lo ha considerado necesario porque usa condón siempre, Otro.
c.2 El motivo o circunstancia en la que se realizó el examen de VIH la última vez fue:	Categórica nominal	Por control (embarazo, pareja nueva, tranquilidad, prevención), Por riesgo indicado por un profesional de la salud (ex con VIH, sexo de riesgo), Por riesgo por iniciativa personal (ex con VIH, sexo de riesgo), Por sospecha clínica de un profesional de la salud (tuberculosis, ITS, candidiasis oral, otras), Por hospitalización, consulta de urgencia o cirugía, Por donación de sangre, Solicitud laboral, Otro.
c.3 ¿Cuál fue el resultado de su última prueba para el VIH?		Reactivo/positivo, No reactivo/negativo, No sabe.
D. Si se enterara que su pareja actual o anterior fue diagnosticada con VIH, ¿aceptaría hacerse el examen para saber si usted también tiene el virus?	Categórica nominal	Sí, No. No sabe.
E. ¿Sabe lo que es la profilaxis	Categórica dicotómica	Sí, No.

pre-exposición (PrEP) para VIH?		
e.1 ¿Alguna vez ha tomado profilaxis pre-exposición (PrEP) para VIH?	Categórica dicotómica	Sí, No.

d. Relacionadas a las prácticas sexuales

Variable	Tipo de variable	Valores
A. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual penetrativa consentida?	Numérica continua	Edad de inicio sexual
	Categórica ordinal	Menor a 10 años, 10 a 14 años, 15 a 17 años, 18 o más años.
B. ¿En los últimos 12 meses ha tenido pareja(s) estable(s)?	Categórica dicotómica	Sí, No.
b.1 En estos últimos 12 meses, ¿con cuántas de estas parejas estables HOMBRES, MUJERES, HOMBRES TRANS o MUJERES TRANS ha tenido sexo?	Categórica nominal	0 pareja, 1 pareja, 2 parejas, 3 o más parejas.
b.2 En los últimos 12 meses, con su pareja estable HOMBRES, MUJERES, HOMBRES TRANS o MUJERES TRANS actual o con la más reciente, y pensando en todas las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia ha usado condón masculino/para pene/externo?	Categórica nominal	Siempre, La mayoría de las veces, La mitad de las veces, Ocasionalmente, Nunca, No aplica.
b.3 si su respuesta no fue “siempre”, ¿cuál fue el motivo principal por el que no lo		No siempre tengo condones disponibles, Mi pareja solo tiene relaciones sexuales conmigo, Nos

utilizó?		dejamos llevar por el momento (sin consumo excesivo de alcohol o drogas, Yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo, No me gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer, Yo o mi pareja somos alérgicos al látex o nos hace daño, Otro.
C. ¿En los últimos 12 meses ha tenido parejas ocasionales (persona con la que tiene o ha tenido encuentros sentimentales y/o sexuales puntuales o esporádicos, y con quien no tiene acuerdo de proyección como pareja en el tiempo)?	Categoría dicotómica	Sí, No.
c.1 En estos últimos 12 meses, ¿con cuántas de estas parejas ocasionales HOMBRES, MUJERES, HOMBRES TRANS o MUJERES TRANS ha tenido sexo?	Categoría Nominal	1 a 3 parejas ocasionales; 4 a 6 parejas ocasionales, Más de 6 parejas ocasionales.
c.2 En los últimos 12 meses, con su(s) pareja(s) ocasional(es) HOMBRES, MUJERES, HOMBRES TRANS o MUJERES TRANS actual o con la más reciente, y pensando en todas las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia ha usado condón masculino/para pene/externo?	Categoría nominal	Siempre, La mayoría de las veces, La mitad de las veces, Ocasionalmente, Nunca, No aplica.
c.3 si su respuesta no fue	Categoría nominal	Mi(s) pareja(s) ocasional(es) sólo

<p>“siempre”, ¿cuál fue el motivo principal por el que no lo utilizó?</p>		<p>tiene(n) relaciones sexuales conmigo, Nos dejamos llevar por el momento (sin consumo excesivo de alcohol o drogas), Yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo, No tuve conciencia de lo que hacía por consumo de alcohol y/o drogas, No me gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer, Yo o mi pareja somos alérgicos al látex o nos hace daño, Otro.</p>
<p>D. Estando en Chile ¿ha tenido relaciones sexuales usando drogas que facilitan o generan mayor placer en la actividad sexual (chemsex)?</p>	<p>Categoría dicotómica</p>	<p>Sí, No.</p>
<p>E. Durante su estadía en Chile ¿ha utilizado alguna aplicación o red social para conocer personas con las que después tuvo sexo (Tinder, grindr, facebook, instagram, etc.)?</p>	<p>Categoría dicotómica</p>	<p>Sí, No.</p>
<p>e.1 ¿usó condón masculino o femenino en las relaciones sexuales penetrativas (SEXO ORAL, ANAL y/o VAGINAL) que mantuvo en las citas concertadas a través de aplicaciones?</p>	<p>Categoría nominal</p>	<p>Siempre, Algunas veces, Nunca, No aplica.</p>

Análisis de la información

Para el análisis estadístico y descriptivo de los datos se usó el software STATA v17. Previo al análisis, se depuró la base de datos, con el fin de identificar datos que estuvieran duplicados, faltantes o anómalos. No se eliminaron variables dado que ninguna obtuvo más de un 30% de datos faltantes. Para darle máxima estructura y abordaje a los objetivos propuestos es que se realizó el análisis estadístico en base a cada uno de ellos:

Objetivo 1: *“Caracterizar a la población migrante venezolana residente en la Región Metropolitana según aspectos socioepidemiológicos, conductuales y los contextos de vulnerabilidad.”*

Se inició con un análisis descriptivo cuyo objetivo fue caracterizar la población según los aspectos sociodemográficos, conductuales y contextos de vulnerabilidad, etapa donde se analizó con frecuencia absoluta y porcentaje para estas variables categóricas. Se evaluó la distribución de las variables cuantitativas “Edad” e “edad de inicio sexual” con el test Shapiro-Wilk, para luego utilizar las medidas de tendencia central correspondientes según normalidad de su distribución. Luego, ambas variables se recodificaron en rangos etarios, para su posterior análisis.

Objetivo 2: *“Cuantificar el nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanos residentes de la Región Metropolitana, incluyendo controles ginecológicos o urológicos, anticonceptivo femenino, preservativo masculino y examen de VIH.”*

Se determinó la frecuencia absoluta y el porcentaje de las personas que han tenido acceso y las que no a las atenciones de salud sexual y reproductiva (*controles ginecológicos o urológicos, anticonceptivo femenino, preservativo masculino y examen de VIH*). Se tabularon los resultados obtenidos que estuvieron en concordancia a cumplir el objetivo propuesto. El nivel de acceso a la SSR se midió según el grado de resolución de las necesidades, requerimientos e indicaciones en SSR de cada persona encuestada, entendiéndose como acceso a SSR (ASS+) a la completa resolución de sus demandas en el tema y no acceso a SSR (ASS-) a la nula o incompleta satisfacción de los requerimientos en SSR. Además, se usaron gráficos para visualizar la necesidad, indicación o requerimiento en SSR de manera diferenciada (*controles ginecológicos o urológicos, anticonceptivo femenino, preservativo masculino y examen de VIH*).

Objetivo 3: Identificar si existen diferencias entre los factores socioepidemiológicos, conductuales y los contextos de vulnerabilidad y el nivel de acceso a las atenciones de salud sexual y reproductiva en personas migrantes venezolanas residentes en la Región Metropolitana de Chile.

Se realizó las comparaciones entre los grupos migrantes venezolanos con y sin ASS en cada variable perteneciente a los aspectos socioepidemiológicos, conductuales y de contexto de vulnerabilidad con un análisis bivariado usando pruebas de hipótesis como “Chi 2” y “Fisher” (prueba no paramétrica) para estas variables categóricas, considerando un nivel de significancia $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS (ANEXO 2)

Se tuvo consideraciones éticas que se enmarcaron en el respeto de los principios bioéticos, tales como el principio de autonomía, dado que la participación fue voluntaria; el de beneficencia se manifiesta de manera directa al haber recibido consejería en educación sexual y de forma indirecta al aportar a levantar información respecto a las barreras y acceso a los servicios de salud en personas migrantes en Chile, que servirá de insumo para futuras planificaciones en salud; no maleficencia dado que se procedió sin intención de provocar daño o causar molestia en los informantes, y el principio de justicia.

Este trabajo se realizó en el marco del proyecto FONIS SA19I0023: “Contextos de vulnerabilidad, prácticas sexuales y barreras institucionales para el abordaje de la salud sexual, el VIH y otras ITS en población migrante: recomendaciones para los distintos niveles de atención del sistema sanitario chileno”, el cual fue aprobado *in extenso* por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, tanto el proyecto como su respectivo consentimiento informado (Acta de aprobación N.º 174-2019).

RESULTADOS

Preámbulo

Es importante destacar que esta tesis debe ser considerada como un primer acercamiento al análisis de la población residente venezolana en la Región Metropolitana de Chile. Esto está dado porque los análisis no están ponderados por el método RDS descrito anteriormente, que hubiera permitido obtener estimaciones a nivel poblacional. Además de lo señalado, el tipo de análisis estadístico elegido se ve justificado acorde a los tiempos de rendición de resultados del proyecto FONIS en el que se enmarca la tesis.

A. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Objetivo específico 1:

Caracterizar a la población migrante venezolana residente en la Región Metropolitana según aspectos socioepidemiológicos, conductuales y los contextos de vulnerabilidad.

1.Descripción de los antecedentes socioepidemiológicos, conductuales de salud sexual y reproductiva y los relacionados a los contextos de vulnerabilidad

1.1 Descripción de los antecedentes socioepidemiológicos

TABLA 1: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN POBLACIÓN VENEZOLANA RESIDENTE EN LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE.	
	n (%) (n=252)
Edad	Mediana(RIC): 31,3(30,2–32,6)*
18 a 24 años	55 (21,8%)
25 a 34 años	110 (43,7%)
35 a 44 años	60 (23,8%)
45 o más años	27 (10,7%)
Sexo	
Hombre	103 (40,9%)
Mujer	149 (59,1%)
Género	
Masculino	103 (40,9%)
Femenino	149 (59,1%)
Previsión de salud	
Con previsión	181 (71,8%)
Sin previsión	71 (28,2%)
Nivel educacional	
Primaria	20 (7,9%)
Secundaria	108 (42,9%)
Superior	118 (46,8%)
Especialización	6 (2,4%)

*Mediana y rango intercuartílico (RIC) de variable "Edad". Test de Shapiro-Wilk con $p < 0.05$.

Las características sociodemográficas de la población en estudio se describen en la tabla 1. La mediana(RIC) de la variable edad fue de 31,3 años (30,2 - 32,6), con mayor predominancia del rango etario entre los 25 a 34 años (43,7%) y un 40,9% de los participantes fueron hombres. De acuerdo al género, el 100% de la población encuestada se identifica con su sexo biológico. El 28,2% de los participantes no contaba con previsión en salud y el nivel educacional predominante fue el superior (46,8%).

1.2 Descripción de los antecedentes relacionados a contextos de vulnerabilidad

Los resultados relacionados a contextos de vulnerabilidad se muestran en la tabla 2.

A. Relacionados a la situación migratoria

Respecto al tiempo de residencia en Chile el 33,7% de las y los reclutados han permanecido más de 3 años en el país versus al 15,9% que han residido en un periodo menor a 6 meses. El 16,3% de las y los reclutados se encuentra en situación migratoria irregular. Dentro de los 3 principales motivos para migrar a Chile destacan los motivos económicos, la inestabilidad política en el país de origen y la reunificación familiar (88,1% , 33% y 18,3% respectivamente). También manifiestan “*otros motivos*” (9,5%), tales como la delincuencia e inseguridad en su país, desabastecimiento de alimentos y servicios básicos y la búsqueda de mejores oportunidades de vida.

El 23,4% reporta que ingresó al país teniendo que pagar dinero de manera informal, servicios, bienes o favores y ninguno sufrió durante el traslado abuso sexual. Sin embargo, estando en Chile, 3 personas (1,2%) de la muestra encuestada indicaron que debieron compensar con sexo a alguien que no era su pareja para recibir un favor (dinero, traslado, especies, protección, alojamiento, etc.) y 8 personas (3,2%) han sufrido abuso sexual.

B. Discriminación en Chile

Estando en el país el 22,2% (56 personas) de las y los reclutados indicaron haber sentido discriminación, cuya principal causa está dada por el país de origen (96,4%) y por otras causas (7,1%), tales como por el nivel educacional, vestimenta, situación del país de origen y la situación migratoria irregular.

C. Relacionados a la situación económica

En este estudio, el 79,8% de la población encuestada se encontraba percibiendo alguna remuneración por sus labores versus el 9,5% que realizan labores sin remuneraciones y el 10,7% que se encontraron desempleadas. El 17,9% de la población se encontró en una situación económica de su hogar categorizada como “crítica” (no les alcanza para costear lo básico para vivir) y el 46% cae en la categoría de “nivel socioeconómico bajo”, ya que pueden resolver necesidades básicas endeudándose para ello o les alcanza de manera muy justa.

D. Relacionados a la salud

Estando en Chile, el 79% de los encuestados (199 personas) tuvieron algún requerimiento, problema, accidente o malestar físico de salud. Sin embargo, el 18,1% (36 personas) de ellos no consultaron a un profesional competente para resolverlo. Dentro de los motivos por los que no acudieron a un(a) profesional de salud para darle resolución a su problema de salud destacan el considerar al problema en salud como algo no necesario, creer que no le iban a atender al no poseer RUT y el no poder pagar.

Aquellas personas (163 personas) que sí han requerido atención de profesional de salud y han concretado dicha consulta, el 41,1% la obtuvo sólo en la red pública, mientras que el 13,5% sólo en la red privada y el 45,4% en ambas.

TABLA 2: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES RELACIONADA A LOS CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD EN POBLACIÓN VENEZOLANA RESIDENTE EN LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE.

	n (%)
	Total (n=252)
1. Relacionadas a la situación migratoria	
<i>Residencia en Chile</i>	
Menor a 6 meses	40 (15,9%)
6 meses a menos de 1 año	67 (26,6%)
1 a 3 años	60 (23,8%)
Mayor a 3 años	85 (33,7%)
<i>Situación migratoria</i>	
Regular	211 (83,7%)
Irregular	41 (16,3%)
<i>Motivos de migración</i>	
Económicos	222 (88,1%)
Estudios	4 (1,6%)
Inestabilidad política	83 (32,9%)
Violencia política	16 (6,3%)
Violencia de pareja	2 (0,8%)
Tratamiento médico	8 (3,2%)
Reunificación familiar	46 (18,3%)
Otros motivos	24 (9,5%)
<i>Situaciones desagradables durante el traslado a Chile</i>	
Pago para documentación informal	4 (0,2%)
Contrabando de migrantes	59 (23,4%)
Abuso o violencia física no sexual	4 (0,2%)

<i>Abuso o violencia sexual</i>	0%
<i>Ninguna</i>	188 (74,6%)
Sexo a cambio de recibir un favor en Chile	
<i>Sí</i>	3 (1,2%)
<i>No</i>	249 (98,8%)
Sexo a cambio de hacer un favor en Chile	
<i>Sí</i>	0%
<i>No</i>	252 (100%)
Sufre abuso sexual en Chile	
<i>Sí</i>	8 (3,2%)
<i>No</i>	244 (96,8%)
2. Discriminación en Chile	
Sensación de haber sido discriminado(a) en Chile	
<i>Sí</i>	56 (22,2%)
<i>No</i>	196 (77,8%)
Razones de discriminación en Chile (n=56)	
<i>País de origen</i>	54 (96,4%)
<i>Orientación sexual</i>	1 (1,8%)
<i>Color de piel</i>	2 (3,6%)
<i>Edad</i>	2 (3,6%)
<i>Apariencia física</i>	3 (5,4%)
<i>Educación</i>	1 (1,8%)
<i>Otras causas</i>	4 (7,1%)
3. Relacionados a la situación económica	
Situación laboral y remuneración	
<i>Remunerado</i>	201 (79,8%)
<i>Sin remuneración</i>	24 (9,5%)
<i>Desempleado</i>	27 (10,7%)
Situación económica en el hogar	
<i>Crítica</i>	45 (17,9%)
<i>NSE bajo</i>	116 (46,0%)
<i>NSE medio</i>	87 (34,5%)
<i>NSE alto</i>	3 (1,2%)
4. Relacionados a la salud	
Necesidad de atención en salud estando en Chile	
<i>Sí</i>	199 (79,0%)
<i>No</i>	53 (21,0%)
a. Concurrencia a profesional de salud para satisfacción de necesidad en salud (n=199)	
<i>Sí</i>	163 (81,9%)
<i>No</i>	36 (18,1%)
a.1 Sistema de salud utilizado en Chile (n=163)	
<i>Sólo público</i>	67 (41,1%)
<i>Sólo privado</i>	22 (13,5%)
<i>Ambos</i>	74 (45,4%)
a.2 Motivos por los que no recurre a profesional de salud (n=36)	
<i>No supo dónde ir</i>	3 (8,3%)
<i>No acudió por temor a ser deportado</i>	1 (2,8%)
<i>No consultó porque no tenía RUT y creyó que no le iban a atender.</i>	7 (19,4%)
<i>Le negaron la atención por no tener RUT</i>	3 (8,3%)
<i>Tenía que esperar demasiado tiempo.</i>	2 (5,6%)
<i>No podía pagarlo.</i>	6 (16,7%)
<i>Le resultó difícil llegar al lugar de consulta.</i>	1 (2,8%)
<i>No confía en la medicina formal (biomédica, alópata)</i>	1 (2,8%)
<i>Pensó que si iba al médico le iban a encontrar muchas otras enfermedades.</i>	2 (5,6%)
<i>Le dio miedo, vergüenza o incomodidad lo que le podían hacer para tratar la enfermedad.</i>	1 (2,8%)
<i>No lo consideró necesario</i>	15 (41,7%)
<i>Otro motivo.#</i>	3 (8,3%)

1.3 Descripción de los antecedentes conductuales y de salud sexual y reproductiva (SSR)

Las prevalencias de los antecedentes relacionados a factores conductuales y de salud sexual y reproductiva (SSR) se muestran en la tabla 3a, 3b, 3c y 3d.

a. Relacionados con antecedentes ginecológicos, el aparato reproductor femenino y la anticoncepción:

De un total de 149 mujeres de la población encuestada, sólo el 6,7% (10 mujeres) no han realizado un control ginecológico o matrona de manera anual. Por otro lado, el 80,5% de las mujeres reclutadas (120 mujeres) se han realizado alguna vez el PAP test, de ellas, 3 relataron resultados alterados en su último PAP test y el 18,3% no se ha realizado un PAP test hace más de 3 años. Los principales motivos de la no realización del PAP test en aquellas mujeres que nunca se han realizado el examen en su vida (19,5%), están descritos en la tabla 3a, sección pregunta B.3.

31 mujeres (20,8% del total de mujeres participantes) tienen la creencia que la menstruación les provocó alguna infección en su genital femenino, y la forma de abordarlo en su mayoría es tomando antibióticos (16,1%) y consultando a un centro de salud (86,6%).

Las creencias sobre los métodos anticonceptivos hormonales que se indican a mujeres se describen en la tabla 3a preguntas D1 a la D5. El 80,5% de las mujeres cree que algunas veces fallan y no impiden el embarazo, el 68% cree que algunas veces generan molestias (dolores de cabeza, obesidad, aumento de los vellos, dolor durante la menstruación, etc.), el 63,1% cree que “nunca” generan trombosis, accidentes vasculares o cerebrales respectivamente. Por otro lado, el 24,8% cree que “a veces” producen cáncer.

Dentro de los principales métodos utilizados para evitar un embarazo con su pareja sexual estable u ocasional, el más utilizado es el condón para pene (38,9%) seguido de métodos hormonales como los anticonceptivos orales (34,9%) e implante anticonceptivo (15,1%). Sólo 3 mujeres han utilizado condón femenino del universo encuestado.

TABLA 3A: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS, EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y LA ANTICONCEPCIÓN	
	n (%)
A. En su vida, ¿asiste a una atención con ginecólogo o matrona:	
A.1 ¿Para realizar controles anuales?	
Sí	139 (93,3%)
No	10 (6,7%)
A.2 ¿Cuándo tiene alguna molestia leve o regular?	
Sí	129 (87,2%)
No	19 (12,8%)
A.3 ¿Cuándo nota la presencia de una molestia mayor o un síntoma alarmante?	

	Sí	135 (90,6%)
	No	14 (9,4%)
B. Alguna vez en la vida, ¿le han realizado el PAP test?:		
	Sí	120 (80,5%)
	No	29 (19,5%)
B.1 ¿Cuál fue el resultado del último PAP test?:		
	Normal	113 (94,2%)
	Alterado	3 (2,5%)
	No sabe	4 (3,3%)
B.2 ¿Hace cuánto tiempo se realizó por última vez un PAP test?:		
	Menos de 1 año.	61 (50,8%)
	Entre 1 y 2 años.	27 (22,5%)
	Entre 2 y 3 años.	10 (8,3%)
	Más de 3 años.	22 (18,3%)
B.3 ¿Por qué motivo nunca se ha realizado el PAP test o no se lo ha realizado en los últimos 3 años?:		
	No sabía que debía hacerlo.	12 (23,5%)
	No tengo la edad necesaria para hacerlo.	4 (7,8%)
	No es importante para mi salud.	9 (17,6%)
	No he tenido tiempo.	12 (23,5%)
	No tengo dinero para pagar el examen.	4 (7,8%)
	No sé dónde hacerlo.	1 (2,0%)
	Tengo miedo al resultado.	1 (2,0%)
	Me incomoda el procedimiento.	2 (3,9%)
	Otro.	14 (27,5%)
C. ¿Alguna vez ha sufrido una infección (presencia de bacterias, virus u hongos) en los genitales producto de la menstruación?		
	Sí	31 (20,8%)
	No	118 (79,2%)
C.1 ¿Qué medidas ha tomado o tomaría para prevenir o combatir la infección producida por la menstruación?		
	Esperar que pase.	7 (4,7%)
	Beber agua de hierbas medicinales.	1 (0,1%)
	Tomar antibióticos.	24 (16,1%)
	Realizar baños de vapor en los genitales con algún producto no natural.	3 (0,2%)
	Consultar en un recinto de salud.	129 (86,6%)
	Otra.	19 (12,8%)
D. Respecto de los métodos anticonceptivos hormonales que se indican a mujeres ¿con qué frecuencia cree que ocurren las siguientes situaciones a usted u otras mujeres?:		
D.1 Fallan y no impiden el embarazo.		
	Nunca	24 (16,1%)
	Algunas veces	120 (80,5%)
	Siempre	5 (3,4%)
	No sabe	0%
D.2 Generan molestias (dolores de cabeza, obesidad, aumento de los Vello, dolor durante la menstruación, etc.).		
	Nunca	13 (8,8%)
	Algunas veces	100 (68,0%)
	Siempre	34 (23,1%)
	No sabe	2 (1,3%)
D.3 Generan trombosis, accidentes vasculares o cerebrales:		
	Nunca	94 (63,1%)
	Algunas veces	25 (16,8%)
	Siempre	2 (1,3%)
	No sabe	28 (18,8%)
D.4 Provocan esterilidad en la mujer.		
	Nunca	63 (42,3%)
	Algunas veces	80 (53,7%)
	Siempre	2 (1,3%)

	No sabe	4 (2,7%)
D.5 Provocan cáncer.		
	Nunca	99 (66,4%)
	Algunas veces	37 (24,8%)
	Siempre	0%
	No sabe	13 (8,7%)
E. Con su actual o última pareja estable u ocasional, ¿qué método/s usa/ban para evitar el embarazo?		
	Ninguno.	14 (5,6%)
	Abstinencia sexual.	0%
	Condón masculino/externo/para pene.	98 (38,9%)
	Condón femenino/interno/para vagina.	4 (1,6%)
	Anticonceptivo oral (pastillas).	88 (34,9%)
	T de cobre (diu).	27 (10,7%)
	Anticonceptivo inyectable.	36 (14,3%)
	Parche anticonceptivo.	1 (0,4%)
	Implante anticonceptivo.	38 (15,1%)
	Esterilización de uno de los dos miembros de la pareja.	12 (4,8%)
	Menopausia/histerectomizada/ligada de tubas.	23 (9,1%)
	Evitar tener relaciones sexuales los días fértiles.	5 (2,0%)
	Relaciones sexuales durante la menstruación.	0%
	Productos naturales como aceites, infusiones, hojas, etc.	0%
	No aplica	15 (6,0%)
	Otro.	9 (3,6%)
E.1 Estando en Chile, ¿Alguna vez usted o su pareja ha utilizado un condón femenino/interno/ para vagina?		
	Sí	3 (1,2%)
	No	248 (98,4%)
	No sabe	1 (0,4%)

a. Relacionado a las ITS y su abordaje

La tabla 3b describe todas aquellas variables que se relacionan con las ITS. Del total de venezolanas y venezolanos reclutados, sólo 4 personas manifestaron haber sido diagnosticados con alguna ITS en los últimos 12 meses: dos casos de vaginitis bacteriana/tricomoniasis, un caso de verruga genital/condilomas y un caso que no sabe.

Sobre el conocimiento sobre dónde acudir para consultar por molestias ginecológicas y/o urológicas, el 11,1% declara no conocer ningún lugar, 13,5% lo realiza en una farmacia y el 4,8% no resuelve con un especialista en salud que cura con hierbas o ritos.

TABLA 3B: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS A LAS ITS Y SU ABORDAJE		n (%)
		Total (n=252)
A. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado una infección de transmisión sexual?		
	Sí	4 (1,6%)
	No	247 (98,0%)
	No sabe	1 (0,4%)
B. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga una secreción anormal o que no es orina ni semen por sus genitales?		
	Sí	8 (3,2%)
	No	34 (6,8%)
C. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga alguna herida o protuberancia en su pene/vagina o ano?		
	Sí	3 (1,2%)

	No	249 (98,8%)
D. Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para consultar por molestias ginecológicas y/o urológicas?		
	No conozco ningún lugar.	28 (11,1%)
	Cesfam/consultorio.	171 (67,9%)
	Urgencia de un cesfam u hospital (incluye la posta central).	141 (56,0%)
	Un centro de especialidades de un hospital (cae, crs, unaccess).	39 (15,5%)
	Consulta privada.	167 (66,3%)
	Profesional de la salud que atiende de manera privada pero fuera del sistema (título no homologado).	34 (13,5%)
	Especialista en salud que cura con hierbas o ritos.	12 (4,8%)
	Farmacias.	34 (13,5%)

b. Relacionado al VIH y su protección

La tabla 3c describe aquellas variables que están relacionadas al VIH y su protección.

El conocimiento que tiene la muestra sobre la transmisión del VIH revela que sólo el 61,1% y el 23,8% de las personas encuestadas creen que el VIH se transmite al hijo durante el parto vaginal y durante la lactancia materna respectivamente, más del 90% considera que compartir objetos cortantes (93,3%), jeringas (97,6%) y durante una cirugía o transfusión de sangre (94,4%) con personas con VIH pueden adquirir el virus. Casi la totalidad de la muestra (98,8%) piensa que tener relaciones sexuales sin preservativos puede transmitirle el VIH.

El 23,8% de los encuestados declara nunca haberse realizado un examen de VIH, cuyos motivos principales que dan justificación a esta decisión está el no considerarlo necesario porque sólo ha tenido parejas estables y confía/aba en ellos/ellas (51,7%), no considerarlo necesario porque ha tenido pocas parejas en su vida (26,7%) o el 10% indica otras causas, tales como no tener ningún síntoma que lo motive a hacerse el test, no usar condón siempre pero creer que con esa frecuencia (casi siempre) se está seguro, nunca haber tenido contacto con una persona con VIH, no tener chance cuando lo solicitaba en Venezuela, usar condón siempre al inicio pero discontinuarlo por confianza y porque el médico no se lo indicaba. Aquellos que sí se han realizado el examen del VIH (75%), el motivo principal de realización del examen del VIH recae en un 58,6% por control (embarazo, pareja nueva, tranquilidad, prevención). Dos personas de la población reclutada resultaron reactivas a la prueba del VIH, siendo diagnosticadas en Venezuela y Ecuador respectivamente y 3 personas no saben el resultado del examen. Frente a la suposición de estar o haber estado con una pareja con VIH y la realización del examen del VIH, el 99,4% indica que sí se realizaría la prueba del VIH. Sólo el 6,4% conoce la profilaxis pre exposición (PrEP) al VIH, y de ellos, ninguno ha tomado PrEP.

TABLA 3C: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS AL VIH Y SU PROTECCIÓN		
		n (%)
		Total (n=252)
A. Según lo que usted sabe, ¿con cuál de estas situaciones se puede adquirir el VIH?:		
A.1 Transmitirlo al hijo durante el parto vaginal		
	Sí	154 (61,1%)
	No	49 (19,5%)
	Tiene dudas	49 (19,5%)
A.2 Al dar pecho una madre puede transmitirlo al bebé.		
	Sí	60 (23,8%)
	No	134 (53,2%)
	Tiene dudas	57 (22,6%)
	No sabe	1 (0,4%)
A.3 Por una relación sexual sin condón con una persona con VIH.		
	Sí	249 (98,8%)
	No	2 (0,8%)
	Tiene dudas	1 (0,4%)
A.4 Por compartir cubiertos con una persona con VIH.		
	Sí	60 (23,8%)
	No	165 (65,5%)
	Tiene dudas	27 (10,7%)
A.5 Por compartir el baño con una persona con VIH.		
	Sí	61 (24,2%)
	No	152 (60,3%)
	Tiene dudas	39 (15,5%)
A.6 Por compartir objetos cortantes (afeitadora, navaja) con una persona Con VIH.		
	Sí	235 (93,3%)
	No	10 (4,0%)
	Tiene dudas	7 (2,8%)
A.7 Por compartir una jeringa con una persona con VIH.		
	Sí	246 (97,6%)
	No	3 (1,2%)
	Tiene dudas	3 (1,2%)
A.8 Durante una cirugía o una transfusión de sangre.		
	Sí	238 (94,4%)
	No	9 (3,6%)
	Tiene dudas	5 (2,0%)
A.9 Si te salpica sangre de una persona infectada.		
	Sí	66 (26,2%)
	No	145 (57,5%)
	Tiene dudas	41 (16,3%)
A.10 Por el mal deseo de una persona (maldición).		
	Sí	10 (4,0%)
	No	240 (95,2%)
	Tiene dudas	2 (0,8%)
B. Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para realizarse el examen del VIH		
	No conozco ningún lugar.	38 (15,1%)
	Cesfam/consultorio.	136 (54,0%)
	Urgencia de un hospital (incluye la posta central).	109 (43,5%)
	Un centro de especialidades de un hospital (cae, crs, unacess).	38 (15,1%)
	Consulta privada	141 (56,0%)
	Especialista en salud que cura con hierbas o ritos.	2 (0,1%)
	Laboratorio privado.	132 (52,4%)
	Farmacias.	18 (7,1%)
	Campañas de testeo fuera de recintos de salud.	86 (34,1%)
	Otra	1 (0,0%)
C. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba para el VIH (incluye test rápido)?		
	Sí y fue a recoger o vio los resultados.	189 (75%)

<i>Sí, pero no fue a recoger o no vio los resultados.</i>	2 (0,8%)
<i>No.</i>	60 (23,8%)
<i>No sabe</i>	1 (0,4%)
C.1 ¿Cuál es el motivo principal por el que nunca se ha realizado la prueba del VIH/Sida? (n=60)	
<i>No ha sabido dónde acudir.</i>	1 (1,7%)
<i>No ha tenido tiempo.</i>	2 (3,3%)
<i>No lo ha considerado necesario porque solo ha tenido parejas estables y confía/aba en ellos/ellas.</i>	31 (51,7%)
<i>No lo ha considerado necesario porque ha tenido pocas parejas en su vida.</i>	16 (26,7%)
<i>No lo ha considerado necesario porque usa condón siempre</i>	4 (6,7%)
<i>Otro:</i>	6 (10,0%)
C.2 El motivo o circunstancia en la que se realizó el examen de VIH la última vez fue: (n=191)	
<i>Por control (embarazo, pareja nueva, tranquilidad, prevención).</i>	112 (58,6%)
<i>Por riesgo indicado por un profesional de la salud (ex con VIH, sexo de riesgo).</i>	3 (1,6%)
<i>Por riesgo por iniciativa personal (ex con VIH, sexo de riesgo).</i>	7 (3,7%)
<i>Por sospecha clínica de un profesional de la salud (tuberculosis, ITS, candidiasis oral, otras).</i>	4 (2,1%)
<i>Por hospitalización, consulta de urgencia o cirugía.</i>	21 (11,0%)
<i>Por donación de sangre.</i>	15 (7,9%)
<i>Solicitud laboral.</i>	24 (12,6%)
<i>Otro: campaña de testeo fuera de su hogar (4/5), al postular a organización militar (1/5).</i>	5 (2,7%)
C.3 ¿Cuál fue el resultado de su última prueba para el VIH?	
<i>Reactivo/positivo.</i>	2 (1,1%)
<i>No reactivo/negativo.</i>	186 (97,4%)
<i>No sabe.</i>	3 (1,6%)
D. Si se enterara que su pareja actual o anterior fue diagnosticada con VIH, ¿aceptaría hacerse el examen para saber si usted también tiene el virus?	
<i>Sí</i>	251 (99,6%)
<i>No está seguro: piensa que, si es VIH positivo y se lo diagnostican, será deportado.</i>	1 (0,4%)
E. ¿Sabe lo que es la profilaxis pre-exposición (PrEP) para VIH?	
<i>Sí</i>	16 (6,4%)
<i>No</i>	236 (93,7%)
E.1 ¿Alguna vez ha tomado profilaxis pre-exposición (PrEP) para VIH?	
<i>No</i>	16 (100%)

d. Relacionadas a las prácticas sexuales

La tabla 3d describe a las variables relacionadas a las prácticas sexuales. La mediana de la edad de inicio de actividad sexual es 17 años (RIC 16-17), con mayor porcentaje en el rango de 15 a 17 años. El 83,7% ha tenido pareja estable en los últimos 12 meses. De la población en estudio, ninguna ha establecido relación estable con personas trans. Frente al uso de condón masculino en los últimos 12 meses de la aplicación del cuestionario, aquellas personas que tuvieron pareja estable masculino el 5,1% declaró usarlo siempre en las relaciones sexuales versus el 6,7% que declara tener pareja estable femenina. Los motivos principales de no usar siempre el condón masculino en aquellas personas con su pareja estable masculina y con pareja femenina, están mayoritariamente opciones como “*mi pareja sólo tiene relaciones sexuales conmigo*”, “*yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo*” y “*no me*

gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer” (38,8%, 25,6% y 17,1% respectivamente versus 34,3%, 35,7% y 14,3% respectivamente).

Sólo 45 personas (17,9%) declara haber tenido pareja(s) ocasional(es) en los últimos 12 meses. Mayormente, han tenido entre 1 a 3 parejas ocasionales tanto masculinas como femeninas y ninguna pareja ocasional trans. Respecto al uso de condones masculinos con parejas ocasionales masculinas, el 72% que declara haberla tenido, ocupa condón versus el 50% que declara haber tenido una pareja ocasional femenina. La principal causa de no uso de condón masculino en las relaciones ocasionales con hombres es *“mi(s) pareja(s) ocasional(es) sólo tiene(n) relaciones sexuales conmigo”* y en el caso de involucrarse sexualmente con parejas ocasionales mujeres *“yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo”*. Del total de los reclutados, sólo 4 personas han usado drogas durante las relaciones sexuales, el 8,7% (22 personas) han utilizado alguna aplicación de citas o red social que luego culminaron en relación sexual. Aquellos que concretaron una relación sexual posterior a usar una aplicación para conocer personas, 20 personas tuvieron sexo oral sin preservativo, 11 tuvieron sexo vaginal donde 6 personas de siempre ocuparon condón, 17 personas tuvieron sexo anal donde 11 de ellas siempre ocuparon preservativo. En este estudio solo 2 personas han pagado a un/a trabajador/a sexual, donde ambos usaron siempre condón para el sexo oral y vaginal, pero 1 realizó sexo anal sin preservativo y el otro no practicó sexo anal. Sólo 1 persona ha ejercido el comercio sexual, quien no ha realizado sexo oral ni vaginal, pero sí anal y siempre ha utilizado condón.

TABLA 3D: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS A LAS PRÁCTICAS SEXUALES	
	n (%) Total (n=252)
A. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual penetrativa consentida?	
<i>Mediana (RIC)</i>	17 (16-17)*
<i>Menor a 10 años</i>	2 (0.8%)
<i>10 a 14 años</i>	48 (19,1%)
<i>15 a 17 años</i>	112 (44,4%)
<i>18 o más años</i>	90 (35.7%)
B. ¿En los últimos 12 meses ha tenido pareja(s) estable(s)?	
Sí	211 (83,7%)
No	41 (16,7%)
B.1 En estos últimos 12 meses, ¿con cuántas de estas parejas estables ha tenido sexo?	
B.1.1 Pareja estable hombre. (n=136)	
<i>0 pareja</i>	75 (35,6%)
<i>1 pareja</i>	127 (60,2%)
<i>2 parejas</i>	8 (3,8%)
<i>3 parejas o más</i>	1 (0,5%)
B.1.2 Pareja estable mujer. (n=75)	
<i>0 pareja</i>	136 (64,5%)
<i>1 pareja</i>	71 (33,7%)
<i>2 parejas</i>	3 (1,4%)
<i>3 parejas o más</i>	1 (0,5%)
B.1.3 Pareja estable mujer trans.	
	-

B.1.4 Pareja estable hombre trans.	-
B.2 En los últimos 12 meses, con su pareja estable actual o con la más reciente, y pensando en todas las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia ha usado condón masculino/para pene/externo?	
B.2.1 pareja estable hombre (n=136)	
Siempre	7 (5,1%)
La mayoría de las veces	13 (9,6%)
La mitad de las veces	5 (3,7%)
Ocasionalmente	24 (17,6%)
Nunca	87 (64,0%)
No aplica	75
B.2.2 pareja estable mujer (n=75)	
Siempre	5 (6,7%)
La mayoría de las veces	4 (5,3%)
La mitad de las veces	3 (4%)
Ocasionalmente	17 (22,7%)
Nunca	46 (61,0%)
No aplica	136
B.3 si su respuesta no fue "siempre", ¿cuál fue el motivo principal por el que no lo utilizó?	
B.3.1 pareja estable hombre.	
No siempre tengo condones disponibles	2 (1,6%)
Mi pareja solo tiene relaciones sexuales conmigo	50 (38,8%)
Nos dejamos llevar por el momento (sin consumo excesivo de alcohol o drogas)	4 (3,1%)
Yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo	33 (25,6%)
No me gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer	22 (17,1%)
Yo o mi pareja somos alérgicos al látex o nos hace daño	7 (5,4%)
Otro	11 (8,5%)
B.3.2 pareja estable mujer.	
No es necesario porque yo también soy mujer	4 (5,7%)
No siempre tengo condones disponibles	1 (1,4%)
Mi pareja solo tiene relaciones sexuales conmigo	24 (34,3%)
Yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo	25 (35,7%)
No me gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer	10 (14,3%)
Yo o mi pareja somos alérgicos al látex o nos hace daño	3 (4,3%)
Otro	2 (2,9%)
No aplica	1 (1,4%)
C. ¿En los últimos 12 meses ha tenido parejas ocasionales (persona con la que tiene o ha tenido encuentros sentimentales y/o sexuales puntuales o esporádicos, y con quien no tiene acuerdo de proyección como pareja en el tiempo)?	
Sí	45 (17,9%)
No	207 (82,1%)
C.1 en estos últimos 12 meses, ¿con cuántas de estas parejas ocasionales ha tenido sexo?	
C.1.1 pareja ocasional hombre.	
n	25
1 a 3 parejas ocasionales	19 (42,2%)
4 a 6 parejas ocasionales	3 (6,7%)
Más de 6 parejas ocasionales	3 (6,7%)
C.1.2 pareja ocasional mujer.	
n	20
1 a 3 parejas ocasionales	16 (35,6%)
4 a 6 parejas ocasionales	2 (4,4%)
Más de 6 parejas ocasionales	2 (4,4%)
C.1.3 Pareja ocasional mujer trans.	
-	-
C.1.4 Pareja ocasional hombre trans.	
-	-
C.2 En los últimos 12 meses, con su pareja ocasional actual o con la más reciente, y pensando en todas las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia ha usado condón masculino/para pene/externo?	
C.2.1 Pareja ocasional hombre	
Siempre	18 (72%)

<i>La mayoría de las veces</i>	1 (4%)
<i>La mitad de las veces</i>	1 (4%)
<i>Ocasionalmente</i>	2 (8%)
<i>Nunca</i>	3 (12%)
<i>No aplica</i>	20
C.2.2 Pareja estable mujer.	
<i>Siempre</i>	10 (50%)
<i>La mayoría de las veces</i>	3 (15%)
<i>La mitad de las veces</i>	2 (10%)
<i>Ocasionalmente</i>	2 (10%)
<i>Nunca</i>	3 (15%)
<i>No aplica</i>	25
C.3 Si su respuesta no fue "siempre", ¿cuál fue el motivo principal por el que no lo utilizó?	
C.3.1 Pareja ocasional hombre	
<i>Mi(s) pareja(s) ocasional(es) sólo tiene(n) relaciones sexuales conmigo</i>	3 (42,9%)
<i>Nos dejamos llevar por el momento (sin consumo excesivo de alcohol o drogas)</i>	1 (14,3%)
<i>No tuve conciencia de lo que hacía por consumo de alcohol y/o drogas</i>	1 (14,3%)
<i>No me gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer</i>	1 (14,3%)
<i>Otro</i>	1 (14,3%)
C.3.2 Pareja ocasional mujer	
<i>Mi(s) pareja(s) ocasional(es) sólo tiene(n) relaciones sexuales conmigo</i>	2 (20%)
<i>Yo o mi pareja estábamos utilizando otro método anticonceptivo</i>	5 (50%)
<i>No me gusta usarlo porque es incómodo o se siente menos placer</i>	2 (20%)
<i>Yo o mi pareja somos alérgicos al látex o nos hace daño</i>	1 (10%)
D. Estando en Chile ¿ha tenido relaciones sexuales usando drogas que facilitan o generan mayor placer en la actividad sexual (chemsex)?	
<i>Sí</i>	4 (1,6%)
<i>No</i>	248 (98,4%)
E. Durante su estadía en Chile ¿ha utilizado alguna aplicación o red social para conocer personas con las que después tuvo sexo (Tinder, grindr, facebook, instagram, etc.)?	
<i>Sí</i>	22 (8,7%)
<i>No</i>	230 (91,3%)
E.1 ¿usó condón masculino o femenino en las relaciones sexuales penetrativas que mantuvo en las citas concertadas a través de aplicaciones?	
E.1.1 Sexo oral	
<i>Siempre</i>	-
<i>Algunas veces</i>	-
<i>Nunca</i>	20 (100%)
<i>No aplica</i>	2
E.1.2 Sexo vaginal	
<i>Siempre</i>	6 (54,5%)
<i>Algunas veces</i>	3 (27,3%)
<i>Nunca</i>	2 (18,2%)
<i>No aplica</i>	11
E.1.3 Sexo anal	
<i>Siempre</i>	11 (64,7%)
<i>Algunas veces</i>	2 (11,8%)
<i>Nunca</i>	4 (23,5%)
<i>No aplica</i>	5

*Mediana y rango intercuartílico (RIC) de variable "Edad". Test de Shapiro-Wilk con $p < 0.05$.

Objetivo específico 2:

Cuantificar el nivel de acceso a las atenciones de salud sexual y reproductiva en migrantes venezolanos y venezolanas, incluyendo controles ginecológicos y/o urológicos, anticonceptivo femenino, preservativos masculinos y examen de VIH.

2. Descripción del nivel de acceso a las atenciones en salud sexual y reproductiva

En el gráfico 1 se muestran los resultados obtenidos en la pregunta: “Desde que está en Chile, ¿ha tenido el interés, necesidad o indicación de consultar con un o una profesional de la salud por alguna de las siguientes situaciones vinculadas a salud sexual o reproductiva?”. Cuando el motivo de la necesidad, interés o indicación en atención en SSR está dado por un control ginecológico o urológico, 144 personas (57,1%) respondieron que sí han tenido una necesidad, interés o indicación de atención en SSR con dichos profesionales. Cuando se trata de la obtención de condones, sólo 24 personas (9,5%) han dicha demanda y 83 personas (32,9%) indicaron que sí han tenido indicación, necesidad o interés de realización del examen para VIH. En la población femenina (149 reclutadas), 83 mujeres (55,7%) han tenido un requerimiento de profesional en SSR para el método anticonceptivo femenino y 68 mujeres (45,6%) para examen de las mamas mediante mamografías o ecografía mamaria.

En el gráfico 2 se observan sólo aquellas personas que tuvieron alguna necesidad, indicación o interés en consultar a un profesional en SSR por los motivos mencionados previamente (respuesta “sí” en pregunta anterior) y el nivel de acceso a satisfacer aquel(los) requerimiento(s) en salud. El acceso al control ginecológico/urológico fue del 58,3% (84 personas); para la obtención de condones, sólo 14 de ellas (58,3%) tuvieron acceso. La toma del examen de VIH se concretó entre aquellos que lo requerían en un 68,7% (57 personas). Respecto a las mujeres que sí requirieron de atención en SSR, aquellas que tuvieron el interés o la necesidad de indicación de un método anticonceptivo femenino (83 mujeres) se satisfizo en un 63,9% (53 mujeres) y para el examen a las mamas (68 mujeres) en un 38,2% (26 de ellas).

Gráfico 1: Porcentajes sobre la necesidad, interés o indicación de consulta a profesional en salud sexual y reproductiva según motivo, en población venezolana residente en la Región Metropolitana, Chile.

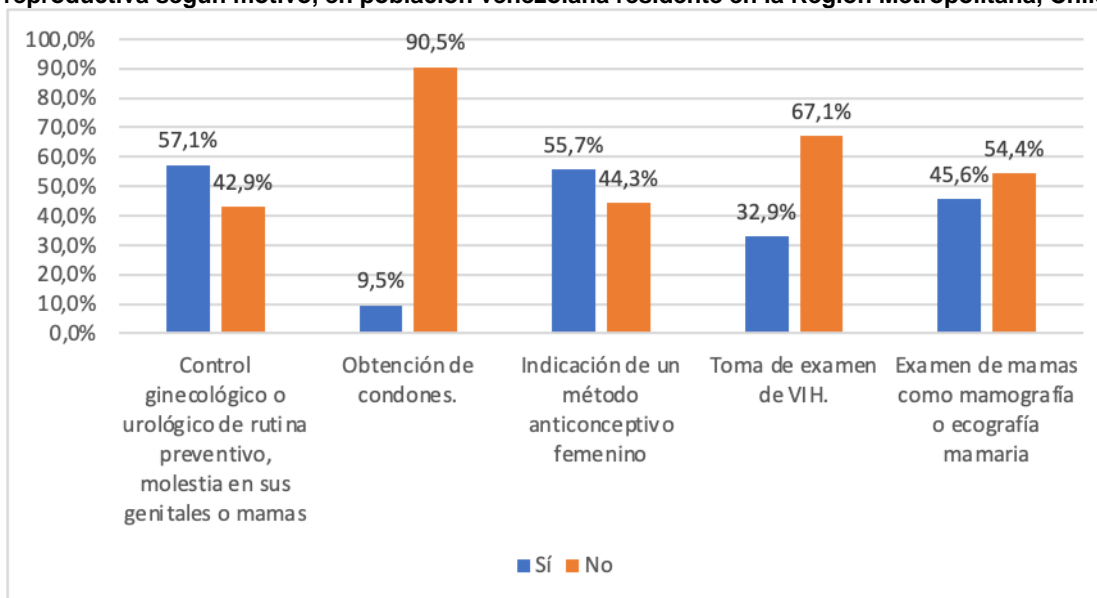
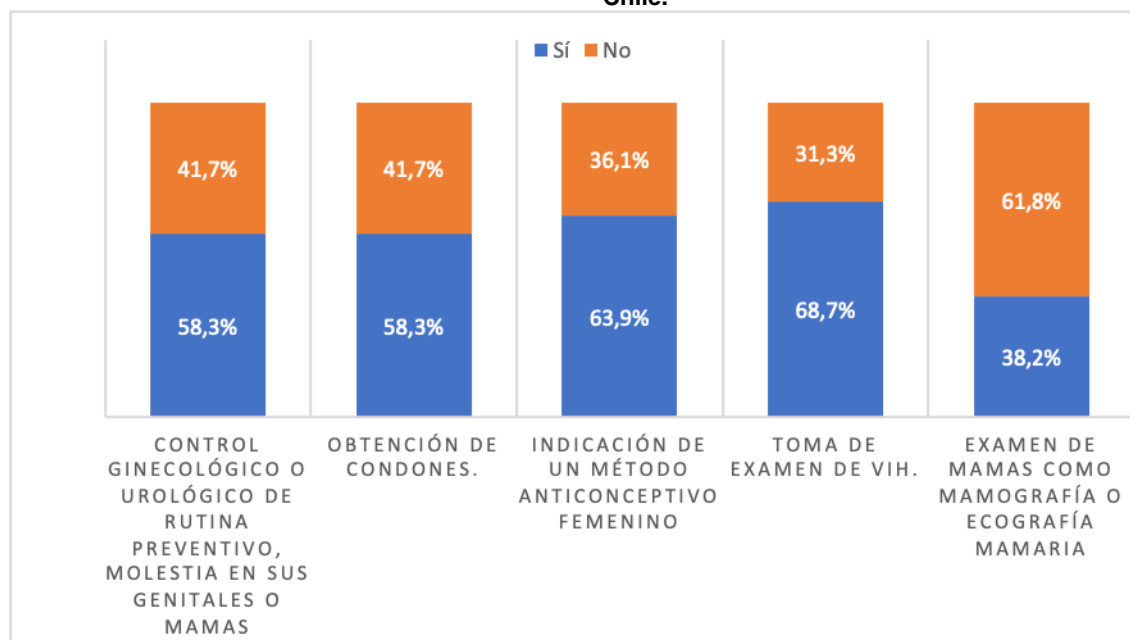


Gráfico 2: Porcentaje del acceso a los profesionales frente a una necesidad, interés o indicación de consulta a profesional en salud sexual y reproductiva en población venezolana residente en la Región Metropolitana, Chile.

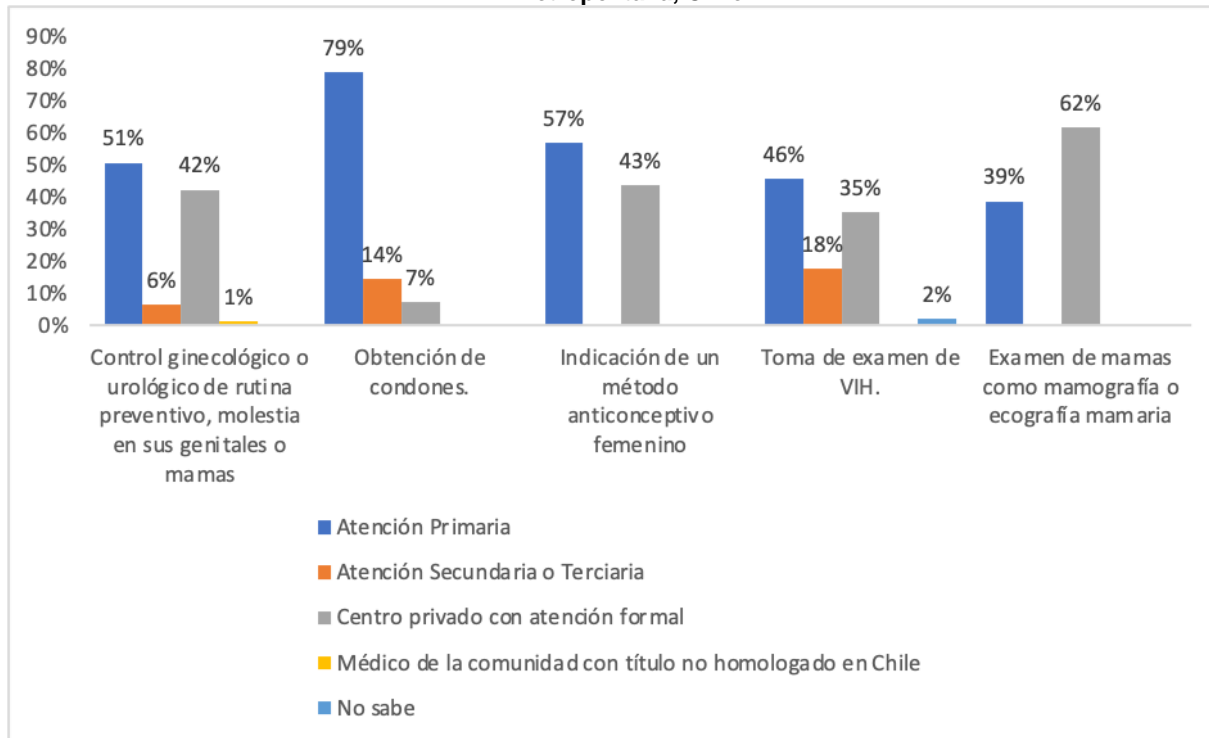


En el gráfico 3 se observan los resultados obtenidos en la pregunta: “¿Dónde tuvo atención profesional por ese requerimiento de salud?”

De acuerdo a las personas que concretaron satisfacer su necesidad, indicación o interés por una consulta a profesional en SSR, la mayoría lo realizó en la atención primaria en salud

excepto para el examen de mamas, que en su mayoría fue realizado en algún centro privado con atención formal, que también fue segunda opción frente a los otros requerimientos en SSR.

Gráfico 3: Lugar donde se concretó la consulta profesional frente a una necesidad, interés o indicación de consulta a profesional en salud sexual y reproductiva en población venezolana residente en la Región Metropolitana, Chile.



La tabla 4, muestra la existencia de algún problema percibido por los reclutados durante la atención en SSR frente a su requerimiento en salud. En su mayoría, los encuestados reportaron no presentar problemas durante su atención en SSR. Sin embargo, los problemas reportados en el caso de la atención ginecológica o urológica, 9 personas (10,7%) reportaron tener problemas para conseguir una cita/atención para dichos profesionales y 5 (6,0%) reportaron problemas para ser atendidos en el establecimiento, siendo ambos problemas en la atención en salud los de mayor frecuencia en todos los otros requerimientos en salud.

Tabla 4: Problemas experimentados durante la consulta a los profesionales de salud cuando se ha tenido un requerimiento, necesidad o indicación en SSR.

Problema en la atención en salud	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)	5 n(%)
Ningún problema	65 (77,4%)	13 (92,9%)	41 (77,4%)	48 (84,2%)	19 (73,1%)
Problemas para llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc.	2 (2,4%)	-	1 (1,9%)	1 (1,8%)	1 (3,8%)
Problemas para conseguir una cita/atención	9 (10,7%)	-	6 (11,3%)	2 (3,5%)	2 (8,0%)
Problemas para ser atendido en el establecimiento	5 (6,0%)	1 (7,1%)	4 (7,5%)	3 (5,3%)	2 (8,0%)
Problemas para pagar por la atención debido al costo	1 (1,2%)	-	-	1 (1,8%)	1 (3,8%)
Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo	-	-	2 (3,8%)	-	-
Problemas para entender lo que le decían o preguntaban	2 (2,4%)	-	-	-	-
Vergüenza o pudor de hablar de su salud sexual frente a la persona que le atendió	1 (1,2%)	-	-	-	-
Otro	1 (1,2%)	-	-	1 (1,8%)	1 (3,8%)
No sabe	1 (1,2%)	-	-	1 (1,8%)	-
Total	84	14	53	57	26

Simbología:

1. *Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas*
2. *Obtención de condones*
3. *Indicación de un método anticonceptivo femenino*
4. *Toma de examen de VIH*
5. *Examen de mamas (mamografía o ecografía mamaria)*

En la tabla 5 se ilustra en resumen el nivel de acceso a los servicios de salud según presencia de demanda en SSR, consolidando todas las necesidades, requerimientos e indicaciones en SSR (control ginecológico y/o urológico, obtención de condones, indicación de métodos anticonceptivos femeninos, toma del examen del VIH y/o examen de mamografía o ecografía mamaria), resumiéndolas como “No” como aquellos que manifestaron ninguna demanda en SSR y como “Sí” a todos aquellos que sí manifestaron demandas en SSR, donde a su vez se observa a aquellas personas con completa satisfacción de las demandas en SSR y aquellas que tuvieron incompleta o no tuvieron acceso. El 38,1% del estudio no tuvieron acceso completo en SSR.

Tabla 5: Acceso a la resolución completa a todos los requerimientos, necesidades o indicaciones en salud sexual y reproductiva presentados en población venezolana residente en la Región Metropolitana, Chile.

Tuvo necesidad, requerimiento y/o indicación en SSR	Sin acceso n (%)	Con acceso n (%)	Total n (%)
Sí	96 (38,1)	65 (25,8)	161 (63,9)
No	-	-	91 (36,1)

Objetivo específico 3:

Identificar si existen diferencias entre los factores socioepidemiológicos, conductuales y los contextos de vulnerabilidad y el nivel de acceso a las atenciones de salud sexual y reproductiva en personas migrantes venezolanas residentes en la Región Metropolitana de Chile.

B. ANÁLISIS DIFERENCIAL

En esta etapa sólo se consideran a aquellas personas con necesidades, requerimientos e indicaciones en SSR (control ginecológico y/o urológico, obtención de condones, indicación de métodos anticonceptivos femeninos, toma del examen del VIH y/o examen de mamografía o ecografía mamaria) pero con acceso a la SSR (completa satisfacción de las demandas) o sin acceso a la SSR (tuvieron incompleta o sin acceso a suplir las demandas).

La tabla 6 muestra el análisis bivariado entre variables socioepidemiológicas y el nivel de acceso a la SSR. En primer lugar, ni la variable “edad”, “sexo” y “género” muestran una relación estadísticamente significativa con la variable “acceso a SSR” ($p > 0,05$). Sin embargo, en las 3 variables antes mencionadas, se puede visualizar un mayor porcentaje de “no acceso a los SSR”. Se observa que hay más mujeres con demandas en SSR. Se puede observar aquellas personas con previsión en salud tienen más inquietudes en SSR (82,6%) y al desglosarlo por el nivel de acceso a los SSR, nuevamente se observa menor acceso a los SSR en ambos grupos, siendo crítico en aquellos que no cuentan con previsión de salud, donde se observa en casi una totalidad de no acceso a SSR.

La variable “previsión de salud” tiene una relación estadísticamente significativa con el nivel de acceso a los SSR ($p < 0,05$), al igual que el “nivel educacional”. Se observa que el porcentaje de personas con acceso a SSR va aumentando a medida que aumenta el nivel educacional. Sin embargo, hay menor acceso a los SSR en todas las categorías de la variable “Nivel educacional”.

Tabla 6: Análisis bivariado entre los factores socioepidemiológicos y nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva en población venezolana residente en la Región Metropolitana, Chile.

	Total n(%)	ASS+ n(%)	ASS- n(%)	p-valor
	161 (100%)	65 (40,4%)	96 (59,6%)	
Edad				
18 a 24 años	35 (21,7%)	12 (34,3%)	23 (65,7%)	0,168
25 a 34 años	76 (47,2%)	30 (39,5%)	46 (60,5%)	
35 a 44 años	37 (23%)	20 (54,1%)	17 (45,9%)	
45 o más años	13 (8%)	3 (23,1%)	10 (66,9%)	
Sexo				
Hombre	38 (23,6%)	18 (47,4%)	20 (52,6%)	0,315
Mujer	123 (76,4%)	47 (38,2%)	76 (61,8%)	
Género				
Masculino	38 (23,6%)	18 (47,4%)	20 (52,6%)	0,315
Femenino	123 (76,4%)	47 (38,2%)	76 (61,8%)	
Previsión de salud				
Con previsión	133 (82,6%)	63 (47,4%)	70 (52,6%)	0,000*
Sin previsión	28 (17,4%)	2 (7,1%)	26 (92,9%)	
Nivel educacional				
Primaria	7 (4,3%)	-	7 (100%)	0,042*
Secundaria	65 (40,4%)	22 (33,8%)	43 (66,2%)	
Superior	83 (51,6%)	40 (48,2%)	43 (51,8%)	
Especialización	6 (3,7%)	3 (50%)	3 (50%)	

* Test Chi 2 de Pearson, nivel de significancia 95%; $p < 0,05$.

ASS+: acceso completo a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

ASS-: acceso nulo o parcial a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

La tabla 7 describe la relación bivariado entre los factores relacionados a los contextos de vulnerabilidad y el acceso a los SSR.

Respecto a aquellos contextos de vulnerabilidad relacionados a la situación migratoria, solamente se observa la variable “residencia en Chile” estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el nivel de acceso a la SSR. Se aprecia que al aumentar el tiempo de permanencia en el país aumenta el nivel de acceso a SSR, por lo que aquellas personas con menor a 6 meses en Chile poseen mayores niveles de “no acceso a los SSR” comparado a aquellas que poseen más de 3 años en Chile. Las variables “situación migratoria” y “discriminación en Chile” no muestran una relación estadísticamente significativa con la variable nivel de acceso. Sin embargo, aquellas personas con situación migratoria regular poseen mayores demandas en SSR al igual que aquellas que no han sentido discriminación.

Aquellos contextos de vulnerabilidad relacionados con la situación económica, se observa que la variable “situación laboral” y “situación del hogar” no muestran una diferencia estadísticamente significativa al relacionarla con la variable nivel de acceso a los SSR. Aquellas personas con trabajo remunerado presentaron mayor demanda en SSR, al igual que las personas con NSE bajo. Sin embargo, en ambas variables se observa que una mayoría no encontraron acceso a los SSR para cubrir completamente sus demandas en SSR.

Por último, los contextos que se relacionan con la salud muestran que sólo la “necesidad de atención en salud general” como la “visita al profesional de salud para esa necesidad en salud” guardan una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el nivel de acceso a los SSR. Se observa que el 90,1% de aquellos que han requerido SSR, coinciden con la necesidad de atención en salud general en Chile y sólo un 9,9% que han demandado SSR, no han necesitado atención en salud general. Aquellas personas que han tenido una necesidad en salud general y a la vez de SSR, pero no han concurrido a un profesional de salud para solucionar ese problema general, en su totalidad no tuvieron acceso a SSR. Se puede apreciar que aquellas personas que utilizan ambos sistemas de salud (público y privado), tiene mayor acceso a los SSR que aquellos que sólo ocupa una modalidad.

Tabla 7: Análisis bivariado entre los contextos de vulnerabilidad y nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva en población venezolana residente en la Región Metropolitana, Chile.

	Total n(%)	ASS+ n(%)	ASS- n(%)	p-valor
	161 (100%)	65 (40,4%)	96 (59,6%)	
RELACIONADOS A LA SITUACIÓN MIGRATORIA				
<i>Residencia en Chile</i>				
Menor a 6 meses	12 (7,5%)	2 (16,7%)	10 (83,3%)	0,000*
6 meses a menos de 1 año	39 (24,2%)	7 (17,9%)	32 (82,1%)	
1 a 3 años	44 (27,3%)	19 (43,2%)	25 (56,8%)	
Mayor a 3 años	66 (50%)	37 (56,1%)	29 (43,9%)	
<i>Situación migratoria</i>				
Regular	143 (88,8%)	61 (42,7%)	82 (57,3%)	0,096
Irregular	18 (11,2%)	4 (22,2%)	14 (77,8%)	
<i>Discriminación en Chile</i>				
<i>Durante los últimos 12 meses en Chile ¿Has sentido discriminación?</i>				
Sí	43 (26,7%)	18 (41,9%)	25 (58,1%)	0,816
No	118 (73,3%)	47 (39,8%)	71 (60,2%)	
RELACIONADOS A LA SITUACIÓN ECONÓMICA				
<i>Situación laboral y remuneración</i>				
Remunerado	127 (78,9%)	50 (39,4%)	77 (60,6%)	0,862
Sin remuneración	12 (7,5%)	5 (41,7%)	7 (58,3%)	
Desempleado	22 (23,6%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)	
<i>Situación económica en el hogar</i>				
Crítica	29 (18,1%)	11 (37,9%)	18 (62,1%)	0,768
NSE bajo	83 (51,9%)	36 (43,4%)	47 (56,6%)	
NSE medio	47 (29,4%)	18 (38,3%)	29 (61,7%)	
NSE alto	1 (0,6%)	-	1 (100%)	
RELACIONADOS A LA SALUD				
<i>Necesidad de atención en salud estando en Chile</i>				
Sí	145 (90,1%)	64 (44,1%)	81 (55,9%)	0,003*
No	16 (9,9%)	1 (6,3%)	15 (93,7%)	
<i>A. Concurrencia a profesional de salud para satisfacción de necesidad en salud (n=145)</i>				
Sí	126 (86,9%)	64 (50,8%)	62 (49,2%)	0,000*
No	19 (13,1%)	-	19 (100%)	
<i>A.1 Sistema de salud utilizado en Chile (n=126)</i>				
Sólo público	47 (37,3%)	23 (48,9%)	24 (51,1%)	0,858
Sólo privado	17 (13,5%)	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Ambos	62 (49,2%)	33 (53,2%)	29 (46,8%)	

*Test Chi 2 de Pearson, nivel de significancia 95%; $p < 0,05$.

ASS+: acceso completo a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

ASS-: acceso nulo o parcial a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

Las tablas 8 (a, b y c) describen la relación bivariado entre los factores conductuales, ITS y las prácticas sexuales con el nivel de acceso a los SSR.

En la tabla 8a, se observa cómo interaccionan las variables de índole ginecológicas y el nivel de acceso a los SSR en las mujeres con necesidades, requerimientos o indicaciones en SSR (123 mujeres). Es así como se puede ver que en este estudio el perfil de asistencia a la atención de ginecología u obstetricia no se relaciona de manera estadísticamente significativa con el nivel de acceso a los SSR.

El tiempo del último PAP test tiene significancia estadística con el nivel de acceso a los SSR, donde se observa que aquellas mujeres con PAP menos de un año, tuvieron más acceso a SSR versus que aquellas que lo hicieron más de 3 años. No hay relación entre la creencia de infección por menstruación y nivel de acceso a SSR, al igual que aquellas preguntas relacionadas a los anticonceptivos hormonales. El uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales con parejas estables u ocasionales muestra sólo una relación estadísticamente significativa con el nivel de SSR cuando no se ocupan métodos anticonceptivos, donde aquellas personas sin uso de métodos anticonceptivos en la totalidad no tienen acceso a SSR. Aquellos que utilizan condón masculino, hormonas anticonceptivas orales y las hormas inyectables, poseen mayor nivel de necesidades en SSR.

Tabla 8a: Relación entre las variables de índole ginecológico, del aparato reproductor femenino y la anticoncepción y nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva.

	Total n(%) n=123	ASS+ n(%) n=47	ASS- n(%) N=76	p-valor
A. En su vida, ¿asiste a una atención con ginecólogo o matrona: (n=123)				
A.1 ¿para realizar controles anuales?				
Sí	117 (95,1%)	44 (37,6%)	73 (62,4%)	0,542
No	6 (4,9%)	3 (50%)	3 (50%)	
A.2 ¿cuándo tiene alguna molestia leve o regular?				
Sí	107 (87,7%)	43 (40,2%)	64 (59,8%)	0,314
No	15 (12,3%)	4 (26,7%)	11 (73,3%)	
A.3 ¿cuándo nota la presencia de una molestia mayor o un síntoma alarmante?				
Sí	113 (91,9%)	45 (39,8%)	68 (60,2%)	0,216
No	10 (8,1%)	2 (20%)	8 (80%)	
B. Alguna vez en la vida ¿le han realizado el PAP test? (n=123)				
Sí	101 (82,1%)	41 (40,6%)	60 (59,4%)	0,244
No	22 (17,9%)	6 (27,3%)	16 (72,7%)	
¿Hace cuánto tiempo se realizó por última vez un PAP test?: (n=101)				
Menos de 1 año.	55 (54,5%)	33 (60%)	22 (40%)	0,000*
Entre 1 y 2 años.	20 (19,8%)	5 (25%)	15 (75%)	
Entre 2 y 3 años.	9 (8,9%)	1 (11,1%)	8 (89,9%)	
Más de 3 años.	17 (16,8%)	2 (11,8%)	15 (88,2%)	

C. ¿Alguna vez ha sufrido una infección (presencia de bacterias, virus u hongos) en los genitales producto de la menstruación? (n=123)				
Sí	25 (20,3%)	6 (24%)	19 (76%)	0,101
No	98 (79,7%)	41 (41,8%)	57 (58,2%)	
D. Respecto de los métodos anticonceptivos hormonales que se indican a mujeres ¿con qué frecuencia cree que ocurren las siguientes situaciones a usted u otras mujeres?: (n=123)				
D.1 Fallan y no impiden el embarazo.				
Nunca	21 (17,1%)			0,737
Algunas veces	98 (79,7%)			
Siempre	4 (3,2%)			
No sabe	-			
D.2 Generan molestias (dolores de cabeza, obesidad, aumento de los Vello, dolor durante la menstruación, etc.).				
Nunca	9 (7,4%)			0,472
Algunas veces	84 (68,3%)			
Siempre	29 (23,6%)			
No sabe	1 (0,8%)			
D.3 Generan trombosis, accidentes vasculares o cerebrales:				
Nunca	79 (64,2%)			0,164
Algunas veces	18 (14,6%)			
Siempre	1 (0,8%)			
No sabe	25 (20,3%)			
D.4 Provocan esterilidad en la mujer.				
Nunca	57 (46,3%)			0,549
Algunas veces	61 (49,6%)			
Siempre	2 (1,6%)			
No sabe	3 (2,4%)			
D.5 provocan cáncer.				
Nunca	86 (69,9%)			0,651
Algunas veces	26 (21,1%)			
Siempre	-			
No sabe	11 (8,9%)			
E. Con su actual o última pareja estable u ocasional, ¿qué método/s usa/ban para evitar el embarazo? (n=161)				
Ninguno.	8 (5%)	-	8 (100%)	0,017*
Condón masculino/externo/para pene.	66 (41%)	28 (42,4%)	38 (57,6%)	0,658
Condón femenino/interno/para vagina.	3 (1,9%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,644
Anticonceptivo oral (pastillas).	58 (36%)	26 (44,8%)	32 (55,2%)	0,387
T de cobre (diu).	19 (11,8%)	8 (42,1%)	11 (57,9%)	0,870
Anticonceptivo inyectable.	28 (17,4%)	14 (50%)	14 (50%)	0,253
Esterilización de uno de los dos miembros de la pareja.	7 (4,3%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0,891
Menopausia/histerectomizada/ligada de tubas.	15 (9,3%)	4 (26,7%)	11 (73,0%)	0,256
Evitar tener relaciones sexuales los días fértiles.	5 (3,1%)	3 (60%)	2 (40%)	0,363

* Test Chi² de Pearson y de Fisher, nivel de significancia 95%; p<0,05.

ASS+: acceso completo a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

ASS-: acceso nulo o parcial a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

La tabla 8b muestra cómo interaccionan las variables relacionadas a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y su abordaje con el nivel de acceso a los SSR en las personas venezolanas.

Sólo 4 personas con demandas en SSR fueron diagnosticadas con ITS, 3 de ellas no tuvieron acceso a la SSR. No hay diferencias estadísticamente significativas.

Cuando se les consultan por el conocimiento de dónde acudir para consultar por molestias ginecológicas y/o urológicas, se observa una relación estadísticamente significativa entre aquellos que no conocen lugares para consultar, aquellos que conocen los CESFAM/consultorios y el nivel de acceso a la satisfacción completa de la SSR ($p < 0,05$). El resto no presenta una diferencia estadísticamente significativa y el nivel de acceso a la resolución completa de los requerimientos en SSR, es mayoritariamente baja en todo el resto de las demás categorías.

Tabla 8b: Relación entre las variables relacionadas a las ITS y su abordaje y nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva.

	Total n(%) n=161	ASS+ n(%) n=66	ASS- n(%) n=95	p-valor
<i>En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado una infección de transmisión sexual? (n=161)</i>				
Sí	4 (2,5%)	1 (25%)	3 (75%)	0,519
No	157 (97,5%)	65 (41,4%)	92 (58,6%)	
<i>Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para consultar por molestias ginecológicas y/o urológicas?</i>				
No conozco ningún lugar.	10 (6,2%)	-	10 (100%)	0,007 [^]
Cesfam/consultorio.	123 (76,4%)	56 (45,5%)	67 (54,5%)	0,016 [*]
Urgencia de un cesfam u hospital (incluye la posta central).	96 (59,6%)	40 (41,7%)	56 (58,3%)	0,684
Un centro de especialidades de un hospital (cae, crs, unaccess).	23 (14,3%)	11 (47,8%)	12 (52,2%)	0,431
Consulta privada.	116 (72,0%)	51 (44,0%)	65 (66,0%)	0,136
Laboratorio privado	8 (5,0%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	0,865
Especialista en salud que cura con hierbas o ritos.	25 (15,5%)	12 (48%)	13 (52%)	0,398
Farmacias.	22 (13,7%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)	0,601

* Test Chi 2 de Pearson; [^]Test de Fisher, nivel de significancia 95%; $p < 0,05$.

ASS+: acceso completo a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

ASS-: acceso nulo o parcial a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

En la tabla 8c se muestra la relación bivariado entre aquellas variables relacionadas al VIH y su protección, con el nivel de acceso a la SSR. En primer lugar, se puede observar que el conocimiento o desconocimiento de los lugares dónde realizarse el examen del VIH, no tiene una significancia estadística respecto al nivel de acceso a la SSR. En cambio, la realización del examen para el VIH y el nivel de acceso a la SSR, muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). De las 161 personas demandantes en SSR, 130 de ellas se han realizado el examen para el VIH y han visto o recogieron sus resultados y 31 de ellos nunca se lo han realizado. Al visualizar el nivel de acceso a la satisfacción completa en SSR, se muestra que en ambos grupos existe un mayor porcentaje de “no acceso” (55,4% y 77,4% dentro de cada grupo, respectivamente). Entre las razones de realización del examen, lideran aquellas relacionadas a un control o por razones médicas como hospitalización, cirugía o control de

urgencia, dentro de las personas con necesidades en SSR. Al disgregar a estas personas por nivel de acceso a la SSR, se puede ver que aquellos que señalaron los dos motivos más frecuentes de realización del examen para el VIH poseen mayoritariamente no acceso a la SSR.

Respecto al conocimiento de la profilaxis pre-exposición para el VIH, la mayoría de las personas requirentes de SSR, no conoce (93,7%) lo que es PrEP y un 6,4% sí. Aquellos que desconocen el uso de esta profilaxis, en su mayoría presentan bajo acceso a la SSR (61,2% de ellos), siendo la relación bivariado entre ambas variables no estadísticamente significativa ($p>0,05$).

Tabla 8c: Relación entre las variables relacionadas al VIH y su protección con nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva.

	Total n(%) n=161	ASS+ n(%) n=66	ASS- n(%) n=95	p-valor
<i>Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para realizarse el examen del VIH</i>				
No conozco ningún lugar.	19 (11,8%)	4 (21,1%)	15 (78,9%)	0,068
Cesfam/consultorio.	96 (59,6%)	40 (42,1%)	55 (57,9%)	0,591
Urgencia de un hospital (incluye la posta central).	73 (45,3%)	30 (41,1%)	43 (58,9%)	0,865
Un centro de especialidades de un hospital (cae, crs, unacess).	22 (13,7%)	11 (50%)	11 (50%)	0,322
Consulta privada	97 (60,2%)	40 (41,2%)	57 (58,8%)	0,783
Laboratorio privado.	94 (58,4%)	40 (42,6%)	54 (57,4%)	0,504
Farmacias.	12 (7,5%)	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0,605
Campañas de testeo fuera de recintos de salud.	60 (37,3%)	29 (48,3%)	31 (51,7%)	0,113
<i>¿Se ha realizado alguna vez la prueba para el VIH (incluye test rápido)?</i>				
Sí y fue a recoger o vio los resultados.	130 (80,7%)	58 (44,6%)	72 (55,4%)	0,025*
No.	31 (19,3%)	7 (22,6%)	24 (77,4%)	
<i>C.2 el motivo o circunstancia en la que se realizó el examen de VIH la última vez fue:</i>				
Por control (embarazo, pareja nueva, tranquilidad, prevención).	90 (55,9%)	43 (47,8%)	47 (52,2%)	0,411
Por riesgo indicado por un profesional de la salud (ex con VIH, sexo de riesgo).	2 (1,2%)	1 (50%)	1 (50%)	
Por riesgo por iniciativa personal (ex con VIH, sexo de riesgo).	4 (2,5%)	3 (75%)	1 (25%)	
Por sospecha clínica de un profesional de la salud (tuberculosis, ITS, candidiasis oral, otras).	3 (1,9%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Por hospitalización, consulta de urgencia o cirugía.	16 (9,9%)	5 (31,3%)	11 (68,7%)	
Por donación de sangre.	3 (1,9%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Solicitud laboral.	8 (5,0%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Otro: campaña de testeo fuera de su hogar (4/5), al	4 (2,5%)	-	4 (100%)	

postular a organización militar (1/5).				
¿Sabe lo que es la profilaxis pre-exposición (PrEP) para VIH?				
Sí	14 (6,4%)	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,181
No	147 (93,7%)	57 (38,8%)	90 (61,2%)	

* Test Chi 2 de Pearson, nivel de significancia 95%; $p < 0,05$.

Test de Fisher, nivel de significancia 95%; $p < 0,05$.

ASS+: acceso completo a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

ASS-: acceso nulo o parcial a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

La tabla 8d muestra la relación entre las variables relacionadas a las prácticas sexuales con el nivel de acceso a la SSR. Se puede observar en ella, que ninguna variable se relaciona de manera estadísticamente significativa respecto al nivel de acceso a la SSR. Al igual que en los apartados anteriores, se puede observar en todas las categorías bajo nivel de acceso a la SSR.

Tabla 8d: Relación entre las variables relacionadas a las prácticas sexuales con nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva.

	Total n(%) n=161	ASS+ n(%) n=66	ASS- n(%) n=95	p-valor
D. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual penetrativa consentida?				
Menor a 10 años	1 (0,6%)	1 (100%)	-	0,149
10 a 14 años	17 (10,6%)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	
15 a 17 años	79 (49,1%)	26 (32,9%)	53 (67,1%)	
18 o más años	63 (39,1%)	31 (49,2%)	32 (50,8%)	
¿En los últimos 12 meses ha tenido pareja(s) estable(s)?				
Sí	138 (85,7%)	54 (39,1%)	84 (60,1%)	0,431
No	23 (14,3%)	11 (47,8)	12 (52,2%)	
¿En los últimos 12 meses ha tenido parejas ocasionales (persona con la que tiene o ha tenido encuentros sentimentales y/o sexuales puntuales o esporádicos, y con quien no tiene acuerdo de proyección como pareja en el tiempo)?				
Sí	25 (15,5%)	11 (44%)	14 (66%)	0,688
No	136 (84,5%)	54 (39,7%)	82 (60,3%)	
Durante su estadía en Chile ¿ha utilizado alguna aplicación o red social para conocer personas con las que después tuvo sexo (Tinder, grindr, facebook, instagram, etc.)?				
Sí	14 (5,0%)	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,366
No	147 (95,0%)	57 (38,8%)	90 (61,2%)	

* Test Chi 2 de Pearson, nivel de significancia 95%; $p < 0,05$.

ASS+: acceso completo a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

ASS-: acceso nulo o parcial a la satisfacción de las necesidades, indicaciones y requerimientos en SSR.

DISCUSIÓN

Chile se ha transformado en un destino atractivo para migrar, por lo que ha presentado un aumento exponencial de llegada de personas latinoamericanas al territorio, siendo la de mayor relevancia en el último periodo la migración venezolana. (16)(54) Hasta el año 2021, Chile contaba con 1.482.390 personas migrantes, donde la cantidad de venezolanos y venezolanas que ingresaron al país bordeaba a las 444.423 personas, representando el 30% de migrantes en el territorio. Sólo en la Región Metropolitana residían 909.414 personas migrantes, con un 33,4% de ellas provenientes de Venezuela.(55) Es importante señalar que estos datos no dan cuenta de otra realidad que sucede: desde el 2019 se han incrementado los ingresos de población migrante irregular por los pasos no habilitados en Chile. En ese año, ingresaron 3.333 personas venezolanas por dichos pasos, llegando al año 2021 con una cifra de 17.914 personas.(56)(57) En base a esta realidad nacional y los numerosos reportes en la literatura científica sobre las múltiples situaciones desfavorables que impactan en la salud de las personas migrantes internacionales en los países de destino, es que este estudio nace para tener una aproximación del panorama a nivel local, cuyo objetivo principal fue identificar y caracterizar aquellos aspectos socioepidemiológicos, conductuales y contextos de vulnerabilidad que pueden estar relacionados con el nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva en población migrante venezolana que reside en la Región Metropolitana de Chile. En la muestra reclutada se observó que el rango etario predominante fue entre los 25 a 34 años (43,7% de la muestra) coincidiendo con un estudio realizado en Chile, que revela mayor frecuencia en el mismo grupo etario en migrantes venezolanos con un 42,2% del total.(54) Según nivel educacional, las personas encuestadas poseían un nivel superior o nivel secundario casi en igual porcentaje (46,8% y 42,9% respectivamente), mientras que aquellos que sólo alcanzaron la enseñanza básica fue de un 7,9%, discrepando con lo reportado en la encuesta CASEN 2020, donde se informa que el 68% de la comunidad venezolana en Chile poseía estudios superiores y sólo un 5% estudios básicos o inferiores.(58) Esto puede deberse a una mayor homofilia en el reclutamiento de la muestra y/o a lo reportado por la OIM, informando que a partir del año 2020 la población migrante venezolana que llegó a Chile posee menor nivel educacional que sus compatriotas antecesores.(59)

Respecto al sexo, se observó un 40,9% de los participantes pertenecientes al sexo masculino, con ninguna discrepancia entre sexo y género en los participantes. Distinto a lo reportado a nivel nacional que muestra una mayor migración internacional masculina que femenina. (50,2% versus 49,8%, respectivamente), aunque no existen estos datos exclusivos de la población

venezolana.(55) Tener en consideración que exista mayor proporción de mujeres migrantes por sobre de los hombres demanda mayores desafíos sociales y de salud, sobre todo en el ámbito de SSR, puesto que históricamente las mujeres han sido objeto de discriminación, desigualdad y violencia de género. Finalmente, caracterizando a la muestra de este estudio resulta que el perfil de las personas requirentes en SSR son mayoritariamente adultas jóvenes (25 a 34 años), mayoritariamente mujeres, con previsión de salud y con un nivel de escolaridad entre secundaria y superior.

Se ha descrito que la migración internacional es un proceso complejo y dinámico que comienza antes que la persona cruce la frontera de su país de origen y consta de 3 fases (premigraoria, de tránsito y de llegada).(3) Es un derecho humano y una estrategia de búsqueda de nuevas condiciones y oportunidades a las que se encuentran en los países de origen.(2) Al investigar los motivos por los cuales la población venezolana de este estudio decidió migrar a Chile destacan los motivos económicos, la inestabilidad política en Venezuela y la reunificación familiar. Un estudio chileno visualizó que las principales causas que impulsaron a las y los venezolanos a migrar a Chile tienen que ver con mayores oportunidades laborales y de estabilidad económica, siendo esta última la de mayor relevancia al momento de abandonar Venezuela.(60) En base a estos resultados, se puede inferir que este aumento migratorio venezolano mayoritariamente joven busca asentarse en el país para acceder a las oportunidades laborales y estabilidad social, mejorando su calidad de vida para ellos y sus familias. Es importante relevar la importancia que tiene para este grupo encuestado la reunificación familiar, porque se ha descrito en la literatura que la separación familiar y/o la soledad pueden perturbar el estado de salud mental de las personas migrantes y finalmente llevar a tomar malas decisiones que repercutan negativamente en salud.(37)(38)

A pesar del alto porcentaje de personas que perciben remuneración (79,8%), es alarmante que más del 50% de la población reclutada se encuentre en una situación económica de su hogar categorizada como “crítica” (no les alcanza para costear lo básico para vivir) o “nivel socioeconómico bajo”, lo que sin dudas incrementa la posición de vulnerabilidad social de estas personas dentro de la Región Metropolitana. Y las vulnerabilidades sociales pueden manifestarse en cualquiera de las etapas migratorias, lo que puede conllevar a un mayor riesgo de enfermar o generar barreras para gozar de una buena salud.(4)

Este estudio evaluó la existencia de situaciones desfavorables durante el proceso migratorio en las fases de tránsito y de asentamiento en Chile, específicamente en la Región Metropolitana, para ver bajo qué contextos de vulnerabilidad se ha visto enfrentada esta población en la

región. A raíz de resultados, se observa que casi un cuarto de las y los venezolanos encuestados refirieron haber sufrido alguna situación de vulnerabilidad durante el traslado a Chile y el 23,4% ingresó al país teniendo que pagar dinero de manera informal, servicios, bienes o favores. Ya estando en Chile, 3 personas indicaron que debieron compensar con sexo a alguien que no era su pareja para recibir un favor (dinero, traslado, especies, protección, alojamiento, etc.) y 8 personas sufrieron abuso sexual. Estos resultados son relevantes porque visualiza una realidad lamentable, nefasta y desfavorable para las personas que lo padecieron, que se dieron bajo situaciones de vulnerabilidad y desesperación. La trata de personas es un delito complejo y oculto, por lo que las cifras exactas sobre la cantidad de personas venezolanas víctimas de trata en Chile pueden ser difíciles de determinar. Se estima que por cada víctima identificada existen 20 más sin identificar.(61) La Subsecretaría de Prevención del Delito en el año 2021 informó que hubo 28 personas víctimas de trata, 23 en situación irregular y 5 en situación regular, donde el 54% de ellas eran personas venezolanas. Cabe señalar que estos datos pueden no reflejar la realidad debido a las dificultades que impuso la pandemia COVID-19 y a que los datos 2022 no están disponibles.(62) Es fundamental crear conciencia a nivel poblacional sobre este tema para que las personas solidaricen con las víctimas y se promueva la colaboración entre gobiernos, organizaciones internacionales y la sociedad civil para prevenir y combatir eficazmente la trata de personas en todas sus formas.

Cuando el proceso migratorio se lleva a cabo bajo dificultades sociales, políticas y/o económicas, asentado en el país de destino más se agudiza el contexto de vulnerabilidad. Se ha descrito en la literatura que los dos problemas principales durante esta etapa son las dificultades lingüísticas y la desprotección en salud.(3) Lo primero no aplica a la población venezolana en Chile. La falta de seguro social en salud es una de las principales barreras para acceder al sistema de salud de las personas migrantes en el país, siendo los más afectados los migrantes con un menor tiempo de residencia por falta de protección y por los costos asociados a las prestaciones en salud, revirtiéndose estas faltas de previsiones y acceso a los servicios de salud a medida que pasan los años de residencia en el país.(24) Estando en Chile, el 80% de las personas encuestadas tuvieron algún requerimiento, problema, accidente o malestar físico de salud. Sin embargo, casi el 20% de ellos no consultaron a un profesional en salud para resolver dicho problema, por motivos tales como no considerarlo necesario, creer que no le iban a atender al no poseer RUT y el no poder pagar. El 30% de las y los participantes no contaban con previsión en salud, una cifra superior al 11% reportado por la CASEN 2020.(24) Por otro lado, alrededor de un tercio de las y los reclutados en este estudio han permanecido más de 3

años en el país y sólo un 15,9% de la muestra ha residido en un periodo menor a 6 meses. Aunque en este estudio no se analizaron las relaciones entre estas variables, llama la atención el alto porcentaje de personas sin previsión de salud en un grupo humano donde casi el 85% lleva más de 6 meses en el país al momento de la aplicación del cuestionario, lo que hace inferir que aquellos sin previsión pudieron estar desempeñándose en labores informales, sin remuneración o desempleadas. A pesar de este panorama, en Chile la protección de la salud de las personas migrantes está garantizada en las normas constitucionales y las disposiciones legales que han sido trabajadas en el tiempo, donde por ejemplo el Decreto Supremo N°67 del Ministerio de Salud (2015) permite que migrantes internacionales en estado migratorio irregular carentes de recursos o indigentes, puedan ser beneficiarios de FONASA A.(24)

Una de cada cinco personas entrevistadas en este estudio indicó haber sentido discriminación, cuyas principales causas de discriminación están dadas por el país de origen (96,4%) y por otras causas tales como el nivel educacional, vestimenta, situación del país de origen y la situación migratoria irregular. Según el Estudio Nacional de Opinión Pública del segundo trimestre del año 2022 realizado por el Centro de estudios públicos (CEP), se revela que el 61% de las personas chilenas encuestadas creen que se debería prohibir la migración a Chile.(63) Mantener una opinión social negativa sobre la migración puede fomentar un ambiente hostil, xenofóbico y estigmatizante para las personas migrantes internacionales y aumentar su vulnerabilidad y acrecentar las barreras para el acceso a la salud.

La SSR es un asunto relevante durante todo el ciclo vital sin distinción entre sexo, puesto que tanto hombres como mujeres enfrentan desafíos y necesidades específicas en relación a ella.(6,22) Aunque es importante para ambos, las mujeres en este estudio fueron analizadas de manera específica pero también de manera global, con la finalidad de conocer brevemente mayor información sobre su salud sexual y las creencias en torno a ello, lo que hace imperativo abordarlas de manera diferenciada debido a un contexto histórico de victimización por múltiples barreras, desigualdades y violaciones a los derechos en relación a su SSR, en ámbitos como el acceso a servicios de SSR, el manejo de información y de su anticoncepción, el ser víctimas de violencia y coerción en relación con su sexualidad y reproducción que incluye a la esterilización, los exámenes de virginidad, el aborto forzado o la mutilación genital femenina etc.(64)

La detección precoz del cáncer cervicouterino es importante porque dicho cáncer puede ser prevenible con medidas inmunizadoras, y curable si se detecta y se trata a tiempo. Para pesquisarlo de manera rápida y eficaz se usa el PAP test, cuya utilización ha permitido reducir

la incidencia y mortalidad por esta causa. En Chile, el PAP test está dirigido a mujeres entre 25 y 64 años cada 3 años, sin embargo, no ha logrado una cobertura del 80% de la población, lo que hace necesario tomar medidas que incentiven la realización del examen para disminuir la mortalidad asociada.(65) Es preocupante que el 19,5% de las mujeres del estudio nunca se hayan realizado un PAP test por razones como el no saber que lo debía hacer (se infiere que sus respectivos médicos no se lo indicaron), porque no han tenido tiempo o porque no es importante para su salud, sin considerar que el 18,3% no se ha realizado un PAP test hace más de 3 años. La CASEN 2017 revela que un 22,9% de las mujeres chilenas no se realizan el PAP test, mientras que en las mujeres extranjeras aumenta a un 25,7%. La CASEN 2020 muestra que los motivos de no realización del PAP test entre las mujeres chilenas están: *porque no le corresponde, no cree que lo necesite y no sabe*. Similares razones muestra las mujeres migrantes venezolanas de este estudio: *no cree que lo necesite, no le corresponde, otras razones y se le olvida hacérselo*.(66) Es imperativo sensibilizar a todas aquellas personas con útero sobre la significancia que tiene realizarse el PAP test y las formas de prevenir el cáncer cérvico-uterino, debido a que en este estudio se puede inferir que la falta de importancia o compromiso que hay para con el test screening es transversal tanto para personas con útero locales como migrantes, sobre todo cuando los datos a nivel mundial revelan que en el año 2020 hubo 604.127 casos de cáncer cérvico-uterino y 341.831 muertes, con una tasa de incidencia de 13,3 casos por 100.000 mujeres-año.(67)

La edad de inicio de vida sexual en Chile es de 16,5 años en promedio (68), y en este estudio fue a los 16,7 años. Los métodos anticonceptivos han permitido la separación del acto sexual del procreativo, ayudando a regular la fecundidad. A pesar de sus existencias, aún siguen habiendo embarazos no planificados o adolescentes, generados por la falta o el deficiente conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales inesperadas, fallas en su uso, miedo a presentar efectos secundarios, la oposición de la pareja, la religión, las barreras para adquirir estos métodos y falla de los métodos anticonceptivos.(69) Dentro de los principales métodos utilizados para evitar un embarazo con su pareja sexual estable u ocasional, el más utilizado es el condón para pene (38,9%) seguido de métodos hormonales como los anticonceptivos orales (34,9%), implante anticonceptivo (15,1%) y los anticonceptivos inyectables (14,3%). Datos similares se reportan en literatura nacional, donde se indica que el uso de condón, anticonceptivos orales, implantes anticonceptivos, las hormonas inyectables y la píldora del día después son los métodos anticonceptivos más usados.(68) Sólo 3 mujeres han

utilizado condón femenino de la muestra encuestada y 14 personas no ocupan ningún método anticonceptivo.

En base a lo anterior, se consideró relevante consultar a las mujeres del estudio sobre las creencias que hay sobre los métodos anticonceptivos hormonales. El 80,5% cree que “algunas veces” fallan y no impiden el embarazo, el 53,7% cree que “a veces” provocan esterilidad en la mujer respectivamente y el 24,8% cree que “a veces” producen cáncer.

Respecto al uso de condón masculino en los últimos 12 meses de la aplicación del cuestionario, aquellas personas con parejas sexuales ocasionales (17,9%), el 72% de las personas que practica sexo con hombres ocupa siempre condón versus el 50% que tiene pareja ocasional mujer. Importante destacar que dentro de las razones que tuvieron las personas que no siempre ocuparon condón con sus parejas sexuales ocasionales está el alcohol, alergia al látex, confianza y menor sensación de placer. Aunque sus porcentajes son bajos, no es poco relevante, ya que las ITS y el VIH se ha reportado en cifras alarmantes en Chile.(44)

La conducta sexual de riesgo carece de una definición clara y consensuada.(36) Sin embargo, se ha descrito como tal a las prácticas sexuales que implican un mayor riesgo de contraer VIH e ITS, embarazos no planificados o situaciones no deseadas relacionadas con la sexualidad. Estas prácticas incluyen relaciones sexuales sin protección (incluido el uso limitado y/o inconsistente de condones), múltiples parejas sexuales concurrentes y/o secuenciales, sexo transaccional, ser cliente de trabajadores(as) sexuales, inicio sexual precoz,(36) falta de conocimiento sobre salud sexual (37), subvaloración del riesgo a contagiarse alguna ITS o transmitirse VIH y sexo bajo la influencia de drogas y/o alcohol. En este estudio en muy bajo porcentaje (1,6%) las personas venezolanas encuestadas refirieron usar drogas durante el acto sexual, el 8,7% de las personas de la muestra total han usado aplicaciones de encuentro sexual, donde el 100% de ellas nunca usaron condón masculino y/o femenino en el sexo oral, y sólo el 54,5% y 64,7% lo usaron siempre en el sexo vaginal y anal respectivamente en estos actos sexuales casuales. Esto supone prácticas sexuales riesgosas, que se han concretado de manera voluntaria. Del total de los venezolanos y venezolanas reclutados, sólo 4 personas manifestaron haber sido diagnosticados con alguna ITS en los últimos 12 meses y otras manifestaron que en los últimos meses han sentido o visto salir una secreción anormal por sus genitales o ha visto alguna herida, protuberancia en su genital o ano. Importante reforzar el autocuidado y promover prácticas sexuales saludables.

Respecto al VIH, en este estudio las personas venezolanas residentes en la RM conocen sobre un 90% que el VIH se transmite de manera sexual y mediante situaciones que conllevan una inoculación con objetos con sangre de una persona infectada mas no de la misma forma frente

a la transmisión vertical de madre a hijo(a). Datos emanados por el MINSAL, reflejan que al 2018, el 37,13% de las personas viviendo con VIH eran migrantes. En ese mismo año, entre enero y junio del 2018, el 36% de la confirmación de casos correspondieron a personas migrantes internacionales, donde el 36,4% de ellos eran personas venezolanas.(70) Por lo tanto, la promoción y prevención sobre las ITS y el VIH/SIDA sigue siendo imperativo, sobre todo para personas que utilizan aplicaciones móviles para encuentros sexuales sin hacer uso de preservativos para actos penetrativos de alto riesgo. El uso del PrEP y su acceso debieran masificarse dado las altas cifras que se han reportado del VIH en la última década en el país. Es importante destacar que Chile garantiza el derecho a recibir todas las prestaciones de salud pública, incluida la atención del virus de VIH, de ITS y demás acciones relacionadas a la SSR, independiente de la situación migratoria de las personas.(2)

Finalmente, en este estudio se evaluó el nivel de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) por parte de las personas venezolanas residentes en la región, definiéndose nivel de acceso a SSR como el grado de respuesta a las necesidades, indicaciones e intereses relacionados con la SSR, tales como el control ginecológico o urológico preventivo o por molestias genitales y/o en las mamas, obtención de condones, examen del VIH, indicación de métodos anticonceptivos femeninos y el examen de las mamas. De la muestra total, 161 personas (63,8%) manifestaron haber tenido alguna(s) necesidad(es) o requerimiento(s) relacionado(s) con la SSR. Sin embargo, de esas 161 personas, 96 (38,1% del total de la muestra) no lograron satisfacer completamente sus demandas en SSR. Esta cifra debe considerarse con cautela, ya que indica que casi un 40% de la muestra de personas venezolanas residentes en la Región Metropolitana necesitaron acceder a los servicios de SSR, sin embargo no pudieron satisfacer completamente sus demandas en este ámbito, generando desventajas, vulnerabilidades y riesgos al no poseer completamente las herramientas del cuidado en su SSR.

El análisis bivariado del nivel de acceso a la SSR y los aspectos socioepidemiológicos, conductuales y contextos de vulnerabilidad, se encontraron que gran parte de las variables constitutivas de estas categorías no se relacionaron significativamente con el nivel de acceso a la SSR, aunque se observa bajo nivel de acceso a la SSR por parte de estas personas. Importante mencionar que en este estudio la previsión en salud, el nivel educacional, el tiempo de residencia en Chile, la necesidad de atención en salud y la concurrencia a un profesional de salud para resolver problemas de salud, el tiempo transcurrido desde el último PAP test, el nulo uso de algún método anticonceptivo con sus parejas sexuales, el desconocimiento de lugares

donde consultar en caso de problemas ginecológicos y/o urológicos o por el contrario, saber que se puede consultar sobre problemas ginecológicos y/o urológicos en un CESFAM/consultorio, el haberse hecho alguna vez el examen del VIH, presentan una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el nivel de acceso a los SS, lo que estos datos pudieran ser de relevancia para futuros estudios en grupos poblacionales de migrantes residentes en Chile y el nivel de acceso a la SSR.

Es importante mencionar que esta tesis debe ser considerada como un primer acercamiento al análisis del acceso a la salud sexual y reproductiva de la población venezolana residente en la Región Metropolitana de Chile, por lo que debe entenderse como un análisis muestral y no poblacional de la región. Tampoco se pueden extrapolar estos resultados a otras regiones de país y mucho menos a nivel nacional, debido a que cada región de Chile tiene realidades locales que la diferencian de las otras. Es importante mencionar que los resultados deben mirarse con cautela, debido al método de selección de las y los participantes en este estudio, que no corresponde a un muestreo aleatorio simple, por ende, presencia de sesgo de selección y por consiguiente una sobre o subestimación del panorama a nivel local, lo que hace que estos resultados no sean representativos y concluyentes del panorama regional. En base a lo anterior, resulta imperativo indicar que este estudio está diseñado para ser analizado bajo el método RDS porque los datos se analizan mediante un modelado matemático basado en la teoría de la cadena de Márkov y la teoría de la red sesgada, que genera un peso distinto a cada participante para compensar su probabilidad de selección desigual y ajustar los estimadores de la muestra. Estas ponderaciones se calculan utilizando información sobre la estructura de la red y el número de conexiones de cada participante reclutado.(53) Pero como se dijo en apartados anteriores, el tipo de análisis estadístico elegido se ve justificado acorde a los tiempos de rendición de resultados del proyecto FONIS en el que se enmarca la tesis. Se sugiere que para estudios posteriores se analicen los datos por el método RDS y se realicen análisis multivariados para ver cómo se asocian las diferentes variables del estudio con el nivel de acceso a los SSR a nivel poblacional. A pesar de todo lo anterior, este estudio es el primero en Chile que aborda y visualiza en conjunto cómo los factores personales y distales afectan al acceso a la salud sexual y reproductiva en un grupo migrante internacional, lo que puede servir de insumo para futuros estudios en otros grupos poblacionales.

CONCLUSIONES

Esta tesis revela que existiría un bajo nivel de acceso a la SSR en la población migrante venezolana que reside en la Región Metropolitana de Chile, donde los diferentes aspectos socioepidemiológicos, los contextos de vulnerabilidad y las conductas que adopten las personas, pueden ubicar a las y los sujetos en situaciones desfavorables, como por ejemplo, un acceso limitado a la SSR, lo que repercute tanto en la salud individual como en el bienestar colectivo de la sociedad en su conjunto. La SSR es trascendental durante todo el ciclo vital, sin importar el sexo de las personas. Forma parte de un eje central del bienestar, por lo que constantemente debe abordarse y garantizarse en todo momento. Es importante destacar que la protección global de la salud de los migrantes internacionales es un tema complejo y de gran preocupación, y existen puntos clave que requieren atención para abordar de manera integral esta problemática.

Chile enfrenta desafíos en términos de acceso a la atención de salud, tanto para la población local como para los migrantes internacionales, por lo que el acceso limitado a la SSR encontrado en este estudio viene a resonar que hay una necesidad de abordar las inequidades existentes en salud, donde las personas menos favorecidas se ven mayormente perjudicados en su salud. A pesar de esto, el país reconoce el derecho fundamental de todos los seres humanos a acceder a la salud, sin importar su situación migratoria, poniendo esfuerzos en la implementación de la Política de Salud de Migrantes Internacionales y el Decreto N°67 del Ministerio de Salud, que han contribuido a mejorar el acceso de los migrantes a la atención médica en Chile.

Es crucial desarrollar estrategias de atención integral que aborden no sólo los aspectos clínicos, sino también los sociales y culturales que influyen en el acceso y la utilización de estos servicios, siendo fundamental promover la formación de profesionales y funcionarios de salud que garanticen una atención sin xenofobia, sin estigma, sin desconocimiento, por ende, inclusiva y respetuosa hacia la población migrante internacional. Esto puede lograrse a través la implementación de programas de sensibilización y capacitación continua en sus respectivos centros de salud.

En resumen, abordar las barreras de acceso a la SSR de la población migrante internacional en Chile, requiere de muchos esfuerzos, pero sólo así se podrá direccionar hacia una sociedad más justa y equitativa en términos de salud

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Internacional para las Migraciones. Derecho internacional sobre migración. Glosario de la OIM sobre Migración [Internet]. 2020. 124–141 p. Available from: www.iom.int
2. Cabieses B., Libuy M., Dabanch J., Santiago M. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile. 2019.
3. Cabieses B., Obach A. Explorando la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud. *Cuad Méd Soc.* 2019;58(4):109–19.
4. Lee J., Yu G. HIV Testing, Risk Behaviors, and Fear: A Comparison of Documented and Undocumented Latino Immigrants. *AIDS Behav.* 2019 Feb 15;23(2):336–46.
5. Scheppers E. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 2006 Feb 3;23(3):325–48.
6. Egli-Gany D., Aftab W., Hawkes S., *et al.* The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2021 Dec 28;27(12):1203–13.
7. Tirado V., Chu J., Hanson C., *et al.* Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of young people in refugee contexts globally: A scoping review. *PLoS One.* 2020 Jul 20;15(7):e0236316.
8. Schiappacasse V., Vidal P., Casas L., *et al.* Chile: Situación de salud y derechos sexuales y reproductivos. . ICMER, CORSAPS, SERNAM. 2003;47.
9. Stuardo V., Fuentes M., Muñoz R., *et al.* Prevalence and Risk Factors for HIV Infection in a Population of Homosexual, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the Metropolitan Region of Chile: A Re-emerging Health Problem. *AIDS Behav.* 2020 Mar 1;24(3):827–38.
10. Biblioteca del Congreso Nacional. La Migración en Chile. Su carácter intrarregional y la legislación nacional [Internet]. 2015. Available from: http://www.derechoshumanos.udp.cl/wp/wp-content/uploads/2013/10/libro_DD_HH_capitulo3.pdf
11. Zimmerman C., Kiss L., Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med.* 2011 May;8(5).
12. Mora C., Stefoni C. Globalización, Género y Migraciones. Vol. 7. 2008.
13. Córdova F., Cabrera M., Gutiérrez J., Gutiérrez R. Enfoque matemático para causalidad prevención-inmigración de brotes de enfermedades de transmisión sexual en Chile utilizando VIH como modelo. *Medwave.* 2019 Nov 8;19(10):e7712.
14. Servicio Jesuita a Migrantes. Migración en Chile. Anuario 2019, un análisis multisectorial. Santiago, Chile; 2020.
15. Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados CENSO 2017; 2018.
16. Ministerio de Salud, Chile. Estimación población extranjera en Chile 2020: síntesis; 2021.
17. Soto C. Legislación migratoria y discrecionalidad de la administración: Análisis crítico de una perspectiva de derechos. Valdivia; 2017.
18. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Ley 21325. Santiago; 2021.
19. Ministerio del Interior y Seguridad pública, Subsecretaría del interior. Decreto 296: Aprueba reglamento de la ley N° 21.325, de migración y extranjería [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <http://bcn.cl/2xkct>
20. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París; 1948.
21. Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud. Política de salud de migrantes internacionales. Santiago; 2018.

22. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, et al. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2021 Dec 28;27(12):1203–13.
23. Organización Panamericana de la Salud. Situación Salud en las Américas 2012. Panorama regional y perfiles de país. 2012;12–59.
24. Servicio Jesuita a Migrantes, Colegio Médico, ICIM. Casen y Migración: Avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile (Informe N°3). Santiago Chile; 2022.
25. Cabieses B., Bernales M., McIntyre A. La migración internacional como determinante social en Chile. 2017;147–80.
26. Corporación MILES. Acceso a salud sexual y reproductiva durante la pandemia en Chile. Santiago, Chile; 2021.
27. World Health Organization. Defining Sexual Health—Report of a Technical Consultation on Sexual Health. Geneva; 2006.
28. Obach A., Sadler M., Aguayo F., Bernales M. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018 Nov 19;42:1–7.
29. Gray C., Crawford G., Maycock B., Lobo R. Socioecological Factors Influencing Sexual Health Experiences and Health Outcomes of Migrant Asian Women Living in ‘Western’ High-Income Countries: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 3;18(5):2469.
30. Gagnon A., Merry L., Bocking J., et al. South Asian migrant women and HIV/STIs: Knowledge, attitudes and practices and the role of sexual power. *Health Place*. 2010 Jan;16(1):10–5.
31. Mengesha Z., Dune T., Perz J. Culturally and linguistically diverse women’s views and experiences of accessing sexual and reproductive health care in Australia: a systematic review. *Sex Health*. 2016;13(4):299.
32. Keygnaert I., Guieu A., Ooms G., et al. Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? *Health Policy (New York)*. 2014 Feb;114(2–3):215–25.
33. Hernando V., Arco D., Alejos B., et al. HIV infection in migrant populations in the European Union and European Economic Area in 2007–2012: An epidemic on the move. In: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 204–11.
34. Obach A., Hasen F., Cabieses B., et al. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020 Dec 30;44:1.
35. Bernales M., Cabieses B., McIntyre A., Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017 Jun 30;34(2):167.
36. Chawla N., Sarkar S. Defining “High-risk Sexual Behavior” in the Context of Substance Use. *Journal of Psychosexual Health*. 2019 Jan 17;1(1):26–31.
37. Weine M., Kashuba B. Labor Migration and HIV Risk: A Systematic Review of the Literature. *AIDS Behav*. 2012 Aug 6;16(6):1605–21.
38. Causevic S., Salazar M., Orsini N., et al. Sexual risk-taking behaviors among young migrant population in Sweden. *BMC Public Health*. 2022 Dec 30;22(1):625.
39. Godley A., Adimora A. Syndemic theory, structural violence and HIV among African-Americans. *Curr Opin HIV AIDS*. 2020 Jun 1;15(4):250–5.
40. Cabieses B., Libuy M., Dabanch J., Santiago M. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas: De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile. 2019.
41. Sanchez M., Hernández M., Hanson J., et al. The Effect of Migration on HIV High-Risk Behaviors Among Mexican Migrants. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2012 Dec 15;61(5):610–7.

42. Magis-Rodríguez C., Lemp G., Hernandez M., *et al.* Going North: Mexican Migrants and Their Vulnerability to HIV. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009 May;51(Supplement 1):S21–5.
43. Ikeda J., Schaffer J., Sac Ixcot M., *et al.* Risk of Sexually Transmitted Infections Among Mayan Women in Rural Guatemala Whose Partners are Migrant Workers. *AIDS Behav.* 2014 Jan 21;18(S1):32–6.
44. Instituto de Salud Pública de Chile. Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010 - 2018. *Boletín vigilancia de laboratorio*. Chile; 2019.
45. Instituto de Salud Pública de Chile. Vigilancia VIH/SIDA [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://www.ispch.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-vih-sida/>
46. Ministerio de Salud de Chile. Directrices estrategia regional para avanzar en prevención combinada del VIH y abordaje de otras infecciones de transmisión sexual. 2017.
47. del Amo J., Diaz A., Polo R. The impact of coronavirus disease 2019 on people with HIV. *Curr Opin Infect Dis.* 2022 Feb 1;35(1):9–14.
48. Ministerio de Salud de Chile. Plan nacional de prevención y control del VIH/SIDA e ITS. Santiago; 2018.
49. International Labour Office. Promoting a rights-based approach to migration, health, and HIV and AIDS : a framework for action; 2016.
50. McCreesh N., Frost S., Seeley J., *et al.* Evaluation of respondent-driven sampling. *Epidemiology.* 2012 Jan;23(1):138–47.
51. Estrada J., Vargas L. El muestreo dirigido por los entrevistados (mde) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al vih- su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2011;28(3):266–81.
52. Salganik M., Heckathorn D. Sampling and estimation in hidden population using Respondent-Driven Sampling. 2004.
53. World Health Organization., Regional Office for the Eastern Mediterranean. Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: module 4: introduction to respondent-driven sampling; 2013.
54. Barahona P., Gonzalez J., Ferrer E. Inmigración internacional en Chile: El caso de Venezuela. *Rumbos TS Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales.* 2022 May 24;(27).
55. Servicio Nacional de Migraciones, Instituto Nacional de Estadísticas, Policía de Investigaciones de Chile. Estimaciones de Extranjeros [Internet]. Estimaciones de personas extranjeras en Chile. 2023 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/>
56. Policía de investigaciones (PDI). Informe resultados gestión operativa 2022. Chile; 2022.
57. Servicio Jesuita a migrantes. Ingreso por paso no habilitado en 2021 llega a su máximo histórico [Internet]. 2021 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://sjmchile.org/2021/09/06/ingreso-por-paso-no-habilitado-en-2021-llega-a-su-maximo-historico/>
58. Servicio Jesuita a Migrantes, Educación 2020. Casen y Migración: Educación, Formación y Acceso a oportunidades: desafíos aún pendientes (Informe N°2). Chile; 2021.
59. Organización Internacional para las Migraciones. Encuesta de la migración venezolana en Chile — DTM ronda N° 5. Chile; 2021.
60. Salgado F., Contreras C., Albornoz L. La migración venezolana en Santiago de Chile: entre la inseguridad laboral y la discriminación. *RIEM Revista internacional de estudios migratorios.* 2018 Sep 27;8(1):81–117.
61. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre la Trata de Personas; 2014.
62. Subsecretaría de Prevención del delito. Informe anual protocolo intersectorial de trata de personas año 2021. Chile; 2022.

63. CEP. Encuesta especial cep 87, febrero-julio 2022. Chile; 2022.
64. Naciones Unidas - Derechos Humanos. El ACNUDH y los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género [Internet]. 2022 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
65. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile; 2015.
66. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de Evaluación Social. Encuesta Casen 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 May 26]. Available from: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichaIndicador/733/1>
67. Singh D., Vignat J., Lorenzoni V., Eslahi M., Ginsburg O., Lauby-Secretan B., et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*. 2023 Feb;11(2):e197–206.
68. INJUV. 10ma Encuesta nacional de Juventudes 2022. Santiago, Chile; 2022.
69. Caudillo L., García A., Harrison T, *et al*. Percepciones de las Mujeres Mexicanas Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos. *Hispanic Health Care International*. 2017 Sep 25;15(3):107–12.
70. Cabieses B., Sepúlveda C., Obach A. Prevención de la transmisión vertical de VIH en mujeres migrantes internacionales: Escenario actual y desafíos. *Rev Chil Pediatr*. 2020;91(5):672–83.
71. Corporación Miles. Tercer Informe sobre derechos, salud sexual y reproductiva y violencia de género en Chile. Santiago, Chile; 2021.

ANEXO 1
CUESTIONARIO PROYECTO MIRADASS

NÚMERO DE FOLIO	
FECHA	
ENCUESTADORA	
SEDE	

SECCIÓN A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (DD/MM/AA)

___/___/___

A2. ¿Cuál es su sexo biológico o el sexo con el que nació?

1. Mujer.
2. Hombre.
3. Intersexual (LEER DEFINICIÓN SOLO SI ENCUESTADOR TIENE DUDAS: personas que nacen con características sexuales que no encajan en las características tradicionales de hombre o mujer).
99. No sabe/No contesta.

A3. ¿Con qué género se identifica?

1. Masculino.
2. Femenino.
3. Hombre trans (LEER DEFINICIÓN SOLO SI ENCUESTADOR TIENE DUDAS: persona que nació mujer pero ha adoptado características de hombre o masculinas).
4. Mujer trans (LEER DEFINICIÓN SOLO SI ENCUESTADOR TIENE DUDAS: persona que nació hombre pero ha adoptado características de mujer o femeninas).
5. No binario.
6. Otra. Indique: _____
99. No sabe/No contesta.

A4. ¿En qué país nació o ha pasado la mayor parte de su vida ? (No leer respuestas)

1. Perú.
2. Venezuela.
3. Haití.
99. No sabe/No contesta

Si responde la alternativa 99, explicar que no puede participar en el estudio y dar por finalizada la entrevista.

A5. ¿Qué previsión de salud posee?

1. FONASA.
2. ISAPRE.
3. Otro. Especificar: _____
4. No tiene previsión de salud.
99. No sabe/No contesta.

A6. ¿Cuál es su nivel de estudios más alto terminado?

1. Sin estudios o educación primaria incompleta.
2. Educación primaria.
3. Educación secundaria.
4. Educación superior (técnica o universitaria).
5. Estudios de especialización (postgrado, master, maestría, doctorado).
99. No sabe/No contesta.

A7. ¿Se considera practicante activo de alguna religión? (Se define como “practicante activo” quien asiste de manera regular a los lugares/actividades de culto y/o practica fielmente los ritos y preceptos de dicha religión)

1. Sí. ¿Cuál? (Usar cartilla de respuestas A7): _____
2. No practica activamente ninguna religión.
99. No sabe/No responde.

A8 Actualmente en Chile, ¿cuántas personas componen su hogar, incluido/a usted? (Por “hogar” se entiende a familiares u otras personas que conviven con usted y comparten gastos. En Haití se asemeja a la idea de “grupo”)

_____ personas

99. No sabe/No contesta

SECCIÓN B: TRAYECTORIA MIGRATORIA

B1. ¿Hace cuánto tiempo llegó a Chile? (Si es menos de 1 año poner “0” en “años”.)

___ años ___ meses ___ semanas.

99. No sabe/No contesta

B2. ¿Cuál es la situación de su visa para estar en Chile? (Esperar respuesta espontánea y clasificar)

1. Está aceptada y sin necesidad de otro trámite o procedimiento por el momento.
2. Está en trámite a tiempo (tramitando sin que se le haya vencido el plazo para el trámite o procedimiento o de la visa actual).
3. Está en trámite atrasado (tramitando/en proceso pero con plazo ya vencido).
4. No Tiene visa.
99. No sabe/No contesta.

B3. ¿Por qué motivo(s) migró usted desde su país de origen? (Esperar respuesta espontánea y clasificar. Marcar todas las que correspondan)

1. Motivos económicos.
2. Estudios.
3. Inestabilidad política.
4. Violencia política.
5. Violencia familiar.
6. Violencia de pareja.
7. Para recibir tratamiento médico.
8. Por dificultades para asumir su identidad de género u orientación sexual.
9. Reagruparse con su familia.
10. Otro. Cuál: _____
99. No sabe/No contesta.

B4. ¿Vivió alguna de las siguientes situaciones en su traslado a Chile? (Leer alternativas y marcar todas las que corresponden)

1. Pagó dinero de manera informal, servicios, bienes o favores para obtener documentos de ingreso a Chile.
2. Pagó dinero de manera informal, servicios, bienes o favores para ingresar a Chile.
3. Sufrió violencia o abusos físicos no sexuales por parte de un desconocido.
4. Sufrió abuso sexual (por ejemplo, tocaciones o besos sin su consentimiento) o violación por parte de un desconocido (acto sexual con penetración sin su consentimiento).
5. No vivió ninguna de las situaciones anteriores.
99. No sabe/No contesta.

SECCIÓN C: SITUACIÓN ECONÓMICA

C1. ¿En cuál de las siguientes situaciones ocupacionales se encontraba usted la mayor parte de la semana pasada? (Esperar respuesta espontánea y clasificar)

1. Trabajando por ingreso.
2. Tenía trabajo pero no estaba trabajando (permiso, vacaciones, licencia médica, etc.).
3. Tiene trabajos esporádicos y la semana pasada no recibió o desempeñó en ningún trabajo.
4. Trabajando para un familiar o conocido sin pago de dinero.
5. Sin trabajo, y está buscando por primera vez.
6. Sin trabajo, habiendo trabajado antes.
7. En quehaceres de su hogar.
8. Estudiando.
9. Estudiando y además trabajando con ingreso.
10. Jubilado, pensionado o rentista.
11. Incapacitado permanente para trabajar.
12. Otra situación. Anotar _____
99. No sabe/No contesta.

C2. ¿Cuál es su ocupación principal en Chile?

99. No sabe/No contesta.

C3. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo describiría la situación económica de su hogar en Chile?

1. No les alcanza para costear lo básico para vivir (en algún momento se quedan sin comer, sin luz, sin lugar donde vivir, etc.).
2. Resuelven las necesidades básicas (comida, arriendo, agua, luz, etc.), pero deben endeudarse para ello.
3. Resuelven las necesidades básicas sin endeudarse, pero de manera muy justa.
4. Resuelven las necesidades básicas y algo más pudiendo vivir de manera aceptable.
5. Pueden vivir bien.
6. Pueden vivir muy bien.
99. No sabe/no contesta (No sugerir).

C4. ¿En cuántas habitaciones duermen los habitantes de su hogar?

___/___/

SECCIÓN D: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CUIDADO DE SALUD

D1. Estando en Chile, ¿ha tenido algún requerimiento, problema, accidente o malestar físico de salud? (incluye cualquier malestar, accidente o dolencia.)

1. Sí.
2. No. **(Saltar a sección E)**
99. No sabe/No contesta.

D2. ¿Buscó ayuda profesional (se entenderá por “ayuda profesional”, la consulta con un profesional/técnico de la salud con educación universitaria.) para resolver ese problema de salud?

1. Sí. **(Saltar a D4)**
2. No.
99. No sabe/No contesta.

D3. Si no buscó ayuda profesional (se entenderá por “ayuda profesional”, la consulta con un profesional/técnico de la salud con educación universitaria.) para resolver ese problema de salud, ¿cuál fue el o los motivos? (Esperar relato espontáneo y marcar todas las que correspondan.)

1. No supo dónde ir.
2. No acudió por temor a ser deportado.
3. No consultó porque no tenía RUT y creyó que no le iban a atender.

4. Le negaron la atención por no tener RUT.
5. Tenía que esperar demasiado tiempo (para conseguir una hora o para recibir atención en una urgencia).
6. No podía pagarlo.
7. Le resultó difícil llegar al lugar de consulta (lejanía, transporte, lugar peligroso, etc.).
8. Temió ser discriminado.
9. Temió que se pudieran equivocar (mala práctica).
10. No confía en la medicina formal (biomédica, alópata)
11. Pensó que, si era diagnosticado, su enfermedad empeoraría.
12. Pensó que si iba al médico le iban a encontrar muchas otras enfermedades.
13. Le dio miedo, vergüenza o incomodidad lo que le podían hacer para tratar la enfermedad.
14. Tuvo una mala experiencia de atención previa y no desea pasar por lo mismo
15. No lo consideró necesario
16. Otro motivo. ¿Cuál?: _____
99. No sabe/no contesta

(Saltar a SECCIÓN E)

D4. Estando en Chile, cuando ha consultado con un/a profesional de la salud, ¿en qué sistema de salud lo ha hecho?

1. Solo en la Red Pública (Consultorio, CESFAM, Hospital, etc.).
2. Solo en la Red Privada (médico particular, clínica, centro de salud privado, etc.) **(Saltar a D6)**
3. En ambas.
99. No sabe/No contesta.

D5. ¿Cuál fue el motivo principal para usar la Red Pública de Salud? (Esperar respuesta espontánea y seleccionar mejor alternativa)

1. Es la única que conoce.
2. Es la única a la que puede optar por su seguro de salud.
3. Es la que más le conviene económicamente.
4. Es la que le queda más cerca.
5. El trato es mejor que en la Red Privada.
6. La calidad de los servicios prestados es mejor que en la Red Privada.
7. Se la recomendaron
8. Otro. ¿Cuál?: _____
99. No sabe/No contesta.

Si no ha ocupado la Red Privada, salta a sección E.

D6. ¿Cuál fue el motivo principal para usar la Red Privada de Salud? (Esperar respuesta espontánea y seleccionar mejor alternativa)

1. Es la única que conoce.
2. Es a la que tiene acceso por su seguro de salud.
3. Los tiempos de espera son menores.
4. Es la que queda más cerca.
5. El trato es mejor que en la Red Pública.
6. La calidad de los servicios prestados es mejor que en la Red Pública.
7. Se la recomendaron.
8. Otro. ¿Cuál?: _____
99. No sabe/No contesta.

SECCIÓN E: SALUD SEXUAL

PREGUNTAS 1 A 10:

- **MUJERES CIS-GENERO CONTESTAN TODAS LAS PREGUNTAS, SEGÚN CORRESPONDA.**
- **MUJERES Y HOMBRES TRANS PUEDEN, SI LO DESEAN, CONTESTAR LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN EN CADA CASO.**

PREGUNTAS 11 A 29 LAS CONTESTAN TODOS SEGÚN CORRESPONDA.

HOMBRES CISGÉNERO INICIAN EN LA PREGUNTA E11.

E1. En su vida, ¿asiste a una atención con ginecólogo o matrona: (Lea cada una de las instancias. Puede ser contestada por cualquier persona trans.)

	Sí (1)	No (2)	No aplica (3)	NS/N C (99)
E1 a) ¿Para realizar controles anuales?				
E1 b) ¿Cuándo tiene alguna molestia leve o regular (un pequeño dolor, picazón, un olor diferente, flujo vaginal diferente, etc.)?				
E1 c) ¿Cuándo nota la presencia de una molestia mayor o un síntoma alarmante (heridas, sangramiento, dolor intenso, presencia de pus, etc.)?				
E1 d) ¿En otra circunstancia? Especifique: _____				

E2. Aproximadamente, ¿cuándo fue la última vez que acudió a una atención con ginecólogo/a o matrona/a (incluida exploración vaginal y de mamas)? (Puede ser contestada por cualquier persona trans.)

1. Hace menos de 6 meses.
2. Entre 6 meses y 1 año.
3. Entre 1 y 2 años.
4. Entre 2 y 3 años.
5. Más de 3 años.
6. Nunca he acudido a una atención ginecológica.
99. No sabe/No contesta.

E3. Alguna vez en la vida, ¿le han realizado el Papanicolau/PAP test (muestra de células o test de Papanicolau)? (Mujeres trans no contestan. Puede ser contestada por hombres trans con y sin cirugía de reasignación de género.)

1. Sí
2. No **(Salta a E6)**
99. No sabe/No contesta **(Salta a E7)**

E4. ¿Cuál fue el resultado del último Papanicolau/PAP Test? (Mujeres trans no contestan. Puede ser contestada por hombres trans con y sin cirugía de reasignación de género.)

1. Normal (bueno).
2. Alterado (malo o no totalmente bueno).
99. No sabe/No contesta.

E5. ¿Hace cuánto tiempo se realizó por última vez un Papanicolau/PAP test (muestra de células o test de Papanicolau)? (Mujeres trans no contestan. Puede ser contestada por hombres trans con y sin cirugía de reasignación de género.)

1. Menos de 1 año. **(Salta a E7)**
2. Entre 1 y 2 años. **(Salta a E7)**
3. Entre 2 y 3 años. **(Salta a E7)**
4. Más de 3 años.
99. No sabe/No contesta. **(Salta a E7)**

E6. ¿Por qué motivo nunca se ha realizado el PAP/test o no se lo ha realizado en los últimos 3 años? (Marcar todas las que correspondan. Mujeres trans no contestan. Puede ser contestada por hombres trans con y sin cirugía de reasignación de género.)

1. No sabía que debía hacerlo.
2. No tengo la edad necesaria para hacerlo.

3. No es importante para mi salud.
4. No he tenido tiempo.
5. No tengo dinero para pagar el examen.
6. No sé dónde hacerlo.
7. Tengo miedo al resultado.
8. Me incomoda el procedimiento.
9. A mi pareja no le gusta.
10. Creo que es dañino para mi salud.
11. No he encontrado hora disponible.
12. Otro. Especificar: _____
99. No sabe/No contesta. (No sugerir)

E7. ¿Alguna vez ha sufrido una infección (presencia de bacterias, virus u hongos) en los genitales producto de la menstruación? (Mujeres trans no contestan. Puede ser contestada por hombres trans con y sin cirugía de reasignación de género)

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

E8. ¿Qué medidas ha tomado o tomaría para prevenir o combatir la infección producida por la menstruación? (Puede marcar más de una alternativa. Mujeres trans no contestan. Puede ser contestada por hombres trans con y sin cirugía de reasignación de género.)

1. Esperar que pase. (salta a E10)
2. Beber agua de hierbas medicinales. (salta a E10)
3. Tomar antibióticos. ¿cuál/es? _____
4. Realizar baños de vapor en los genitales con agua de plantas medicinales (salta a E10)
5. Realizar baños de vapor en los genitales con algún producto no natural. (salta a E10)
6. Consultar en un recinto de salud. (salta a E10)
7. Otra. ¿Cuál?: _____ (salta a E10)
99. No sabe/No contesta. (salta a E10)

E9. Desde que está en Chile ¿ha tomado antibióticos para prevenir o combatir la infección producida por la menstruación?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

E10. Respecto de los métodos anticonceptivos hormonales que se indican a mujeres (pastillas, anillo, dispositivo intrauterino (DIU), parche, implantes, inyecciones) ¿Con qué frecuencia cree que ocurren las siguientes situaciones a usted u otras mujeres?:

	Nunca (1)	Algunas veces (2)	Siempre (3)	NS/N C (99)
E10 a) Fallan y no impiden el embarazo.				
E10 b) Generan molestias (dolores de cabeza, obesidad, aumento de los vellos, dolor durante la menstruación, etc.).				
E10 c) Generan trombosis, accidentes vasculares o cerebrales (coloquialmente coágulos en el cerebro, infarto cerebral).				
E10 d) Provocan esterilidad en la mujer.				
E10 e) Provocan cáncer.				

E11. Con su actual o última pareja estable u ocasional, ¿qué método/s usa/ban para evitar el embarazo? (Esperar respuesta espontánea y clasificar. Puede marcar más de uno)

1. Ninguno.
2. Abstinencia sexual.

3. Condón masculino/externo/para pene.
4. Condón femenino/interno/para vagina.
5. Anticonceptivo oral (pastillas).
6. T de Cobre (DIU).
7. Anticonceptivo inyectable.
8. Parche anticonceptivo.
9. Implante anticonceptivo.
10. Esterilización de uno de los dos miembros de la pareja.
11. Menopausia/Histerectomizada/Ligada de Tubas.
12. Evitar tener relaciones sexuales los días fértiles.
13. Relaciones sexuales durante la menstruación.
14. Productos naturales como aceites, infusiones, hojas, etc. ¿cuál/es? _____
15. No aplica
16. Otro. ¿Cuál?: _____
99. No sabe/No contesta.

E12. Estando en Chile, ¿alguna vez usted o su pareja ha utilizado un condón femenino/interno/ para vagina?

1. Sí.
2. No. **(Salta a E14)**
99. No sabe/No contesta. **(Salta a E14)**

E13. ¿Cómo fue obtenido?

1. Traído desde mi país de origen.
2. Traído desde otro país.
3. En el consultorio/CESFAM.
4. En la UNACESS del hospital (lugar donde se atienden ITS).
5. Programa de VIH en el hospital.
6. En una organización de la sociedad civil.
7. En una farmacia.
8. Tienda de juguetes sexuales/Sex shop.
9. Otro. ¿Cuál? _____
99. No sabe/No contesta.

E14. Según lo que usted sabe, ¿con cuál de estas situaciones se puede adquirir el VIH?: (Lea las alternativas, puede marcar más de una respuesta.)

	Sí (1)	No (2)	Tiene dudas (3)	NS/NC (99)
E14 a) Transmitirlo al hijo durante el parto vaginal				
E14 b) Al dar pecho una madre puede transmitirlo al bebé.				
E14 c) Por una relación sexual sin condón con una persona con VIH.				
E14 d) Por compartir cubiertos con una persona con VIH.				
E14 e) Por compartir el baño con una persona con VIH.				
E14 f) Por compartir objetos cortantes (afeitadora, navaja) con una persona con VIH.				
E14 g) Por compartir una jeringa con una persona con VIH.				
E14 h) Durante una cirugía o una transfusión de sangre.				
E14 i) Si te salpica sangre de una persona infectada.				

E14 j) Por el mal deseo de una persona (maldición).				
--	--	--	--	--

E15. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado una infección de transmisión sexual?

1. Sí.
2. No (**salta a E17**)
99. No sabe/No contesta (**salta a E17**)

E16. ¿Cuál es el nombre de la/s infección/es de transmisión sexual que le han diagnosticado? (Marcar todas las que correspondan.)

1. Herpes (genital/anal).
2. Gonorrea.
3. Vaginitis bacteriana/ Tricomoniasis.
4. Candidiasis/ hongos vaginales.
5. Sífilis.
6. Verrugas genitales/Condilomas.
7. Infección por Clamidia.
8. Chancro.
9. Hepatitis A, B o C.
10. Pediculosis Genital (ladillas, piojos).
11. Otras ITS. Especificar: _____
99. No sabe/No contesta.

E17. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga una secreción anormal (olor/color/consistencia no habitual) o que no es orina ni semen por sus genitales?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

E18. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga alguna herida o protuberancia en su pene/vagina o ano?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

E19. Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para consultar por molestias ginecológicas y/o urológicas (molestias en los genitales o para orinar)? (Lea todas las alternativas y marque todas las que conozca.)

1. No conozco ningún lugar.
2. CESFAM/Consultorio.
3. Urgencia de un CESFAM u hospital (incluye la posta central).
4. Un centro de especialidades de un hospital (CAE, CRS, UNACCESS).
5. Consulta privada (clínicas, centros medios, consulta particular)
6. Profesional de la salud que atiende de manera privada pero fuera del sistema (título no homologado).
7. Especialista en salud que cura con hierbas o ritos.
8. Farmacias.
9. Otra: _____
99. No sabe/No contesta.

E20. Nombre los lugares en Chile donde usted sabe que puede acudir para realizarse el examen del VIH (Lea todas las alternativas y marque todas las que conozca.)

1. No conozco ningún lugar.
2. CESFAM/Consultorio.
3. Urgencia de un hospital (incluye la posta central).
4. Un centro de especialidades de un hospital (CAE, CRS, UNACCESS).
5. Consulta privada (clínicas, centros medios, consulta particular)
6. Especialista en salud que cura con hierbas o ritos.
7. Laboratorio privado.

8. Farmacias.
9. Campañas de testeo fuera de recintos de salud.
10. Otra: _____
99. No sabe/No contesta.

E21. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba para el VIH (incluye test rápido)?


1. Sí y fue a recoger o vio los resultados. (Salta a E23)
2. Sí, pero no fue a recoger o no vio los resultados. (Salta a E23)
3. No.
99. No sabe/No contesta. (Salta a E23)

E22. ¿Cuál es el motivo principal por el que nunca se ha realizado la prueba del VIH/Sida? (Esperar respuesta espontánea y marcar solo una.)

1. No sabía que existía la enfermedad.
2. No ha sabido dónde acudir.
3. No ha tenido dinero.
4. No ha tenido tiempo.
5. No lo ha considerado necesario porque solo ha tenido parejas estables y confía/aba en ellos/ellas.
6. No lo ha considerado necesario porque ha tenido pocas parejas en su vida.
7. No lo ha considerado necesario porque usa condón siempre
8. Piensa que, si es VIH positivo y se lo diagnostican, enfermará y morirá pronto.
9. Piensa que, si es VIH positivo y se lo diagnostican, será discriminado/a.
10. Otro: _____
99. No sabe/No contesta.

(Saltar a E26)

E23. El motivo o circunstancia en la que se realizó el examen de VIH la última vez fue: (No lea las opciones, sólo marque una y evite la opción "Otro".)

1. Por control (embarazo, pareja nueva, tranquilidad, prevención).
2. Por riesgo indicado por un profesional de la salud (ex con VIH, sexo de riesgo).
3. Por riesgo por iniciativa personal (ex con VIH, sexo de riesgo).
4. Por sospecha clínica de un profesional de la salud (tuberculosis, ITS, candidiasis oral, otras).
5. Por sospecha clínica propia (tuberculosis, ITS, candidiasis oral, otras). **CONTINÚA SGTE. PÁGINA** 
6. Por hospitalización, consulta de urgencia o cirugía.
7. Por donación de sangre.
8. Solicitud laboral.
9. Otro. Especificar: _____
99. No sabe/No contesta.

E24. ¿Cuál fue el resultado de su última prueba para el VIH?

1. Reactivo/Positivo.
2. No reactivo/Negativo. (Salta a E26)
3. No lo quiero decir. (Salta a E26)
99. No sabe/No contesta. (Salta a E26)

E25 ¿En qué país fue diagnosticado por primera vez con VIH? (Salta a E28)

E26. Si se enterara que su pareja actual o anterior fue diagnosticada con VIH, ¿aceptaría hacerse el examen para saber si usted también tiene el virus?

1. Sí. (Salta a E28)
2. No.
3. No está seguro.
99. No sabe/No contesta.

E27 ¿Cuál es el motivo por el que no se haría el examen o tiene dudas sobre ello?

1. Piensa que si su pareja ya lo tiene es obvio que usted también y ya no es necesario preocuparse.
2. Piensa que si es VIH positivo y se lo diagnostican su pareja lo abandonará.
3. Piensa que, si es VIH positivo y se lo diagnostican, enfermará y morirá pronto.
4. Piensa que, si es VIH positivo y se lo diagnostican, será discriminado/a.
5. Piensa que, si es VIH positivo y se lo diagnostican, será deportado.
6. Otro motivo. ¿Cuál? _____
99. No sabe/No contesta.

E28. ¿Sabe lo que es la Profilaxis pre-Exposición (PrEP) para VIH? (Medicamentos que se toman para prevenir contraer el VIH)

1. Sí.
2. No. (Salta a F1)
99. No sabe/No contesta. (Salta a F1)

E29. ¿Alguna vez ha tomado Profilaxis pre-Exposición (PrEP) para VIH?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

SECCIÓN E: PRÁCTICAS SEXUALES

F1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual penetrativa consentida? (considerar que incluye penetración vaginal, anal o sexo oral)

- ___/___/ años.
99. No sabe/No contesta.

F2. ¿En los últimos 12 meses ha tenido PAREJA(S) ESTABLE(S)? (Persona con la que mantiene o ha mantenido una relación sentimental y/o sexual con acuerdo de proyección como pareja en el tiempo)

1. Sí.
2. No. (Salta a F6)
99. No sabe/No contesta. (Salta a F6)

F3. En estos últimos 12 meses, ¿con cuántas de estas PAREJAS ESTABLES ha tenido sexo? (considerar que incluye penetración vaginal, anal o sexo oral.)

	N°	99. NS/NC (No sugerir)
F3 a) Pareja estable hombre.		
F3 b) Pareja estable mujer.		
F3 c) Pareja estable mujer trans.		
F3 d) Pareja estable hombre trans.		

(Si el número de parejas estable con las que ha tenido sexo es “0” salta a F6)

F4. En los ÚLTIMOS 12 MESES, con su PAREJA ESTABLE ACTUAL O CON LA MAS RECIENTE, y pensando en todas las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia ha usado condón masculino/para pene/externo? (Si en la pregunta anterior respondió “0” a parejas en alguna categoría, no volver a preguntar y elegir “No aplica”.)

	Siempre (1)	La mayoría de las veces (2)	La mitad de las veces (3)	Ocasionalmente (4)	Nunca (5)	No aplica (6)	NS/NC (99)
F4 a) Pareja estable hombre.							
F4 b) Pareja estable mujer.							
F4 c) Pareja estable mujer trans							
F4 d) Pareja estable hombre trans.							

(Si responde alternativa “Siempre” en todos los casos, salta a F6)

F5. Si su respuesta NO FUE “Siempre”, ¿cuál fue el motivo principal por el que no lo utilizó? (Esperar respuesta espontánea y marcar la correspondencia de “Cartilla de Respuestas F5”.)

	Respuesta
F5 a) Pareja estable hombre.	
F5 b) Pareja estable mujer.	
F5 c) Pareja estable mujer trans.	
F5 d) Pareja estable hombre trans.	

F6. ¿En los últimos 12 meses ha tenido PAREJAS OCASIONALES (persona con la que tiene o ha tenido encuentros sentimentales y/o sexuales puntuales o esporádicos, y con quien no tiene acuerdo de proyección como pareja en el tiempo)?

1. Sí
2. No (**Salta a F10**)
99. No sabe/No contesta. (**Salta a F10**)

F7. En estos ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con cuántas de sus PAREJAS OCASIONALES ha tenido sexo?

	N°	NS/NC (99)
F7 a) Pareja ocasional hombre.		
F7 b) Pareja ocasional mujer.		
F7 c) Pareja ocasional mujer trans.		
F7 d) Pareja ocasional hombre trans.		

(Si responde “0” en todas las ocasiones, salta a F10)

F8. En los ÚLTIMOS 12 MESES, con su PAREJA OCASIONAL MÁS RECIENTE (no incluye trabajadores/as sexuales) ¿con qué frecuencia ha usado condón masculino/ externo/ para pene? (Si en la pregunta anterior respondió “0” a parejas en alguna categoría, no volver a preguntar y poner “No aplica”. Si ha tenido más de una pareja al mismo tiempo, en cualquier categoría, considerar aquella con la que ha tenido más relaciones sexuales)

	Siempre (1)	La mayoría de las veces (2)	La mitad de las veces (3)	Ocasional- mente (4)	Nunca (5)	No aplic a (6)	NS/NC (99)
F8 a) Pareja ocasional Hombre.							
F8 b) Pareja ocasional mujer.							
F8 c) Pareja ocasional mujer trans.							
F8 d) Pareja ocasional hombre trans							

(Si en todos los tipos de pareja que corresponde marcó “Siempre”, salta a F10)

F9. Si su respuesta NO FUE “Siempre”, ¿cuál fue motivo principal por el que no lo utilizó? (Esperar respuesta espontánea y escoger de “Cartilla de Respuestas F9”)

	Respuesta
F9 a) Pareja ocasional hombre.	
F9 b) Pareja ocasional mujer.	
F9 c) Pareja ocasional mujer trans.	
F9 d) Pareja ocasional hombre trans.	

F10. Estando en Chile ¿ha tenido relaciones sexuales usando drogas que facilitan o generan mayor placer en la actividad sexual (chemsex)?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

F11. ¿Alguna vez ha tenido una pareja sexual estable u ocasional chilena?

1. Nunca.
2. Sí, una persona.
3. Sí, más de una persona.
99. No sabe/No contesta.

F12. Durante su estadía en Chile ¿Ha utilizado alguna aplicación o red social para conocer personas con las que después tuvo sexo (Tinder, Grindr, Facebook, Instagram, etc.)?

1. Sí.
2. No. (Saltar a F14)
99. No sabe/No contesta. (Saltar a F14)

F13. ¿Usó condón masculino o femenino en las relaciones sexuales penetrativas que mantuvo en las citas concertadas a través de aplicaciones?

	Siempre (1)	Algunas veces (2)	Nunca (3)	No aplica (4)	NS/NC (99)
F13 a) Sexo oral.					
F13 b) Sexo vaginal.					
F13 c) Sexo anal.					

F14. ¿Estando en Chile ha pagado a un/a trabajador/a sexual para tener cualquier tipo de acercamiento sexual?

1. Sí.
2. No. (Salta a G1)
99. No sabe/No contesta. (Salta a G1)

F15. En las relaciones sexuales penetrativas con un/a trabajador/a sexual con que frecuencia ha usado condón? (NO LEER, pero considerar que incluye penetración vaginal, anal o sexo oral)

	Siempre (1)	Algunas veces (2)	Nunca (3)	No aplica (4)	NS/NC (99)
F15 a) Sexo oral.					
F15 b) Sexo vaginal.					
F15 c) Sexo anal.					

SECCIÓN G: CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD (No leer este título)

G1. Con relación al rol de proveedor/a del hogar (aporte económico para resolver las necesidades del hogar), estando en Chile, ¿cuál es su nivel de participación y/o responsabilidad?

1. Soy la/el única(o) responsable.
2. Soy la/el principal responsable (porque aporta más).
3. Comparto en partes iguales con mi pareja.
4. Comparto con otro(s) miembro(s) del hogar.
5. Solo me encargo de cosas puntuales.
6. No participo ni soy responsable de nada.

99. No sabe/No contesta.

G2. Estando en Chile, ¿ha vivido alguna de estas situaciones por parte de una pareja?

	En varias ocasiones (1)	Solo una vez (2)	Nunca (3)	No aplica (4)	NS/NC (99)
G2 a) Pequeños golpes, empujones o jalones de cabello.					
G2 b) Golpes que le han dejado marcas o daño físico.					
G2 c) Gritos o humillaciones.					
G2 d) Le ha amenazado o intimidado verbalmente o a través de un gesto (declarando que le hará daño).					
G2 e) Relaciones sexuales sin su consentimiento (lo hizo de manera forzada).					
G2 f) Escenas de celos o escándalos en lugares públicos.					
G2 g) Retención dentro de su hogar (no la/lo deja salir de su hogar).					
G2 h) Retención del dinero para el hogar producto de una discusión.					

G3. Durante los últimos 12 meses en Chile, ¿se ha sentido discriminada/o?

1. Sí
2. No (saltar a G5)
99. No sabe/No contesta. (saltar a G5)

G4. ¿Cuáles cree que son las causas por las que ha sido discriminada/o? (Leer todas las opciones, puede marcar más de una.)

1. Su país de origen.
2. Su género.
3. Su orientación sexual.
4. Su color de piel.
5. Su religión.
6. Su edad.
7. Su apariencia física.
8. Su educación.
9. Su nivel económico.
10. Su condición de persona viviendo con VIH.
11. Discapacidad física o cognitiva.
12. Otro. Especificar: _____
99. No sabe/No contesta. (No sugerir)

G5. Estando en Chile, ¿ha debido compensar con sexo a alguien que no sea su pareja y que le ha hecho un favor (dinero, traslado, conseguir algo, especies, protección, alojamiento, etc.)?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

G6. Estando en Chile, ¿alguna persona que no era su pareja le ha compensado con sexo cuando usted le ha hecho un favor (préstamos de dinero, traslado, conseguir algo, especies, protección, alojamiento, etc.)?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

G7. Estando en Chile ¿ha sufrido abuso sexual (por ejemplo, tocaciones o besos sin su consentimiento) o violación por parte de un desconocido (acto sexual con penetración sin su consentimiento)?

1. Sí.
2. No.
99. No sabe/No contesta.

G8. ¿Estando en Chile ha desarrollado el trabajo sexual (tener relaciones sexuales a cambio de dinero o especies)?

1. Sí.
2. No. **(Salta a H1)**
99. No sabe/No contesta. **(Salta a H1)**

G9. Cuando se ha desempeñado como trabajador/a sexual, ¿con qué frecuencia ha usado condón con clientes en sus relaciones sexuales penetrativas?

	Siempre (1)	Algunas veces (2)	Nunca (3)	No aplica (4)	NS/NC (99)
G9 a) Sexo oral.					
G9 b) Sexo vaginal.					
G9 c) Sexo anal.					

SECCIÓN H: BARRERAS PARA EL ACCESO A ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Cada una de las preguntas de H1 a H5 se refiere a las mismas molestias, pero tienen diferentes categorías de respuesta que encontrará en las Cartillas de Respuesta correspondientes.

<p>H1. Desde que está en Chile, ¿ha tenido el interés, necesidad o indicación de consultar con un o una profesional de la salud por alguna de las siguientes situaciones vinculadas a salud sexual o reproductiva?. SOLO SI TIENE VIH y responde en todas "No" o "No sabe" salta a sección siguiente. SI NO TIENE VIH y responde en todas "No" es el fin de la encuesta.</p>	<p>H2. ¿Tuvo alguna consulta o atención profesional por ese requerimiento de salud? (Si no recibió atención saltar a H5)</p>	<p>H3. ¿Dónde tuvo atención profesional por ese requerimiento de salud?</p>	<p>H4. Cuando consultó, ¿se le presentó alguno de los siguientes problemas o requerimientos de salud?</p>	<p>H5. Si habiendo tenido alguno de los problemas de salud mencionados no tuvo consulta ni atención para su requerimiento de salud, ¿cuál fue el motivo principal?</p>
---	---	--	--	---

a) Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.	<i>Si-no</i>	<i>Si-no</i>			
b) Obtención de condones.	<i>Si-no</i>	<i>Si-no</i>			
c) Indicación de un método anticonceptivo femenino.	<i>Si-no</i>	<i>Si-no</i>			
d) Toma de examen de VIH.	<i>Si-no</i>	<i>Si-no</i>			
e) Examen de mamas como mamografía o ecografía mamaria.	<i>Si-no</i>	<i>Si-no</i>			

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO N°1 ENCUESTAS **POBLACIÓN MIGRANTE**

TÍTULO DEL PROYECTO: Contextos de vulnerabilidad, prácticas sexuales y barreras institucionales para el abordaje de la salud sexual, el VIH y otras ITS en población migrante: recomendaciones para los distintos niveles de atención del sistema sanitario chileno.

PATROCINANTE: Universidad de Chile
Nombre del Investigador principal: Julieta Belmar Prieto
R.U.T. 13.375.482-2
Institución: Escuela de Salud Pública (ESP), Universidad de Chile
Teléfonos: +569 2 9786815/6546

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación "*Contextos de vulnerabilidad, prácticas sexuales y barreras institucionales para el abordaje de la salud sexual, el VIH y otras ITS en población migrante: recomendaciones para los distintos niveles de atención del sistema sanitario chileno*", debido a la importancia que tiene conocer la realidad de la población migrante en este ámbito de la salud a fin de que el sistema de salud pueda contar con las herramientas necesarias para ejecutar acciones de prevención y atención con medidas efectivas y pertinentes culturalmente.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo describir las circunstancias de vida y las costumbres que exponen a la población migrante a un riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como las barreras de los servicios de salud que dificultan el acceso a la prevención, detección y tratamiento oportuno de estas enfermedades. Todo lo anterior, permitirá elaborar un documento de recomendaciones en salud destinadas a la prevención, detección y adherencia al tratamiento del VIH/ITS y realizar una mejor atención en el ámbito de la salud sexual. El estudio incluirá a un número aproximado de 400 personas migrantes que residen en la región Metropolitana de Chile.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar le pediremos que responda un cuestionario que contiene preguntas importantes para este estudio. Estas preguntas estarán referidas a su historia de migración, a las condiciones en la que vive en Chile, a su conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual, a sus prácticas en materia de prevención y /o tratamiento de estas enfermedades. La encuesta durará entre 20 y 30 minutos.



1
04 NOV 2019

Riesgos: La aplicación del cuestionario no representa ningún riesgo para su salud. La información que nos entregue no será conocida por ninguna persona que no se relacione directamente con la investigación. Es decir, nunca será entregada a instituciones de salud, extranjería, servicios sociales, municipio, entre otras.

Costos: La aplicación del cuestionario no tiene ningún costo para usted.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes, su participación en este estudio aportará beneficios para la población migrante en Chile.

Compensación: En agradecimiento por haber contestado la encuesta usted recibirá una compensación de cinco mil pesos chilenos (\$5000). Después de la encuesta le entregaremos 3 CUPONES que esperamos pueda distribuir dentro de sus redes de personas migrantes. Por cada una de las 3 personas invitadas por usted que participe en el estudio (conteste la encuesta antes de 2 semanas y reciba sus respectivos cupones) usted recibirá un aporte solidario de cuatro mil pesos chilenos. (\$4.000)

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Para ello los cuestionarios con las respuestas serán codificados y no se utilizará nombre en ninguno de ellos. Además, estos serán guardados bajo llave en dependencias de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y eliminados a los 6 meses de terminado el proyecto. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación no incluirá datos personales ni identificará a los participantes.

Usos potenciales de los resultados de la investigación: Una vez finalizado el proyecto, los resultados del estudio serán presentados a los participantes del estudio y la comunidad migrante a través de un seminario de difusión. Las autoridades sanitarias recibirán además un documento de sistematización. Los resultados también serán difundidos a través de publicaciones científicas. En todas esas instancias, nunca se entregarán datos que permitan identificar a los participantes.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.



04 NOV 2019

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o bien conocer los resultados puede comunicarse con la directora del mismo, Dra. Julieta Belmar prieto, al teléfono: +562 9786815/6546 o al mail julieta.belmar@uchile.cl o, en sus oficinas de la ESP de la Universidad de Chile: Calle Independencia 939, Santiago de Chile.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del "Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos", Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto "Contextos de vulnerabilidad, prácticas sexuales y barreras institucionales para el abordaje de la salud sexual, el VIH y otras ITS en población migrante: recomendaciones para los distintos niveles de atención del sistema sanitario chileno".

Nombre del Participante
Rut.

Firma

Fecha

Nombre del entrevistador
Rut.

Firma

Fecha

Nombre del Nombre del
Director del Proyecto
Rut.

Firma

Fecha



04 NOV 2019