

**MONITORIZACIÓN DE LAS DESIGUALDADES
EN SALUD SEXUAL EN POBLACIÓN MIGRANTE:
DESARROLLO DE INDICADORES Y EVALUACIÓN
PRE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA
DE BASE COMUNITARIA EN CHILE**

Constanza Lucía Adrian Parra

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESIS DOCTORAL

**“MONITORIZACIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN
SALUD SEXUAL EN POBLACIÓN MIGRANTE:
DESARROLLO DE INDICADORES Y EVALUACIÓN PRE
IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA DE
BASE COMUNITARIA EN CHILE”**

Constanza Lucía Adrian Parra

Directoras

Dra. Valeria Stuardo Ávila

Dra. Paola Contreras Hernández

Tutor

Dr. Albert Navarro Gíne

Departamento de Pediatría, de Obstetricia y Ginecología y de Medicina Preventiva y Salud
Pública

Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública

Barcelona, 2025

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a las personas migrantes, especialmente a quienes participaron en las distintas etapas del Proyecto COSMIC y en el desarrollo de esta tesis doctoral. Gracias por su confianza y por compartir su tiempo, sus experiencias, saberes y reflexiones. Este trabajo existe gracias a ustedes y está profundamente comprometido con la dignidad y el reconocimiento de sus derechos.

Por sobre todo, a mis directoras de tesis, Valeria y Paola, por su conocimiento siempre generoso, guía y orientación cercana, así como por su apoyo permanente y compañerismo en cada etapa de este proceso. Gracias por su admirable generosidad y dedicación, por permitirme aprender junto a ustedes y por confiar en mí. Haber realizado mi tesis junto a ustedes ha sido un privilegio y un aprendizaje que atesoro profundamente. Son para mí referentes en lo profesional y lo humano, y llevaré siempre con gratitud y enorme cariño todo lo compartido en estos más de tres años.

A Valeria, en particular, por impulsarme a iniciar el doctorado e invitarme a ser parte del Proyecto COSMIC. Gracias por confiar en mí, y por enseñarme a investigar con responsabilidad ética y compromiso social, y por abrir caminos que marcaron mi formación y mi forma de entender la investigación.

A todo el equipo del Proyecto COSMIC, especialmente al equipo técnico compuesto por Kenny y Cristian, compañeros fundamentales durante este proceso, marcado por su apoyo permanente, simpatía y compromiso. A las y los investigadores del proyecto, gracias por darme la oportunidad de trabajar y aprender junto a ustedes, por su confianza y por enriquecer este proceso con rigurosidad académica y calidez humana.

A las Organizaciones de Base Comunitaria, por su labor invaluable, su compromiso ético y político, y por abrir caminos para la participación, el acceso a derechos y la justicia social desde los territorios.

A las y los trabajadores de la Atención Primaria de Salud que participaron en el proyecto COSMIC. A pesar de las múltiples responsabilidades y exigencias del sistema de salud, siempre mostraron disposición, compromiso y vocación de servicio público.

A mi compañero de vida, Matías, gracias por estar siempre a mi lado y por comprender, desde el primer momento, que este camino no era individual. Nada de esto habría sido posible sin tu apoyo incondicional, tu paciencia y tu compañía inquebrantable.

A las mujeres de mi familia, quienes con su fuerza, autonomía y valentía han sido mi raíz, mi refugio y mi ejemplo. En especial, a mi madre, a quien admiro profundamente. Gracias por criarnos en el feminismo y enseñarnos que la educación y el compromiso con la comunidad son formas de transformación.

A mis padres, hermanas, abuelas, familia y amigos, gracias por su amor, apoyo incondicional y por comprender mis ausencias durante este proceso. Gracias por sostenerme e impulsarme a seguir adelante en momentos de cansancio o dolor, y estar siempre presentes. Su paciencia, cariño y confianza han sido fundamentales

A quienes ya no están físicamente, pero cuyo recuerdo y amor me acompañan cada día.

PRESENTACIÓN

Esta tesis doctoral tiene por objetivo desarrollar indicadores de monitorización de desigualdades en salud sexual y evaluar la pre- implementación de un sistema de vigilancia de base comunitaria en población migrante en Chile., y se ha estructurado en formato por compendio de artículos científicos.

El marco teórico se organiza en torno a cuatro ejes interrelacionados. Primero, una revisión crítica de los determinantes sociales de la salud, que configuran desigualdades en salud en términos generales y especialmente en población migrantes. Segundo, el análisis del acceso y la situación de salud en población migrante, tanto a nivel global como en Chile, considerando las barreras normativas, administrativas y sociales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Tercero, la incorporación de la salud sexual y reproductiva como un ámbito clave donde estas desigualdades se manifiestan, en diálogo con la literatura internacional y nacional. Y cuarto, la revisión de los sistemas de vigilancia de base comunitaria como herramientas innovadoras para generar información pertinente, con énfasis en su potencial para captar vulnerabilidades invisibilizadas y fortalecer la articulación entre el nivel comunitario y los sistemas formales de salud. Este marco sustenta conceptualmente el desarrollo de indicadores y la evaluación pre- implementación de un sistema de vigilancia comunitaria, orientando el enfoque analítico y metodológico de la investigación.

En la sección de métodos y resultados se presenta una síntesis de cada uno de los artículos científicos incluidos en esta tesis doctoral. El compendio incluye tres publicaciones científicas que estructuran los aportes de la tesis. La primera corresponde a un scoping review que sistematiza los determinantes sociales que influyen negativamente en el acceso a salud sexual de personas migrantes a nivel mundial. La segunda describe el proceso de construcción y operacionalización de indicadores socio epidemiológicos vinculados a salud sexual en población migrante en Chile. La tercera describe la evaluación pre implementación del sistema de vigilancia y con ello la definición de los circuitos de implementación del sistema. Por último, se presenta una discusión general que integra las publicaciones, y se presentan las conclusiones y recomendaciones.

En conjunto, estos trabajos aportan evidencia empírica y conceptual sobre las desigualdades en salud sexual que afectan a la población migrante en Chile y sobre la pertinencia y relevancia de la generación de herramientas previo a la implementación de un sistema de vigilancia comunitaria, al ofrecer una base sólida para futuras investigaciones y para el fortalecimiento de estrategias de salud pública orientadas a este grupo poblacional.

FINANCIAMIENTO

Esta tesis doctoral recibió financiamiento de Proyecto COSMIC - “Community based surveillance of socio-epidemiological aspects linked to sexual health and related communicable diseases in migrant population in Chile” –financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt Regular 1220371)

ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES

APS/PHC/PHCs: Atención Primaria de Salud/ Primary Health Care / Primary Healthcare Centers.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional

CBSS/SVBC: Community-Based Surveillance System/ Sistema de Vigilancia de Base Comunitaria

CBOs/OBC: Community-Based Organizations/ Organizaciones de Base Comunitaria.

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

CESFAM: Centro de Salud Familiar

COSMIC: Community-based surveillance of socio-epidemiological aspects linked to sexual health and related communicable diseases in migrant population in Chile

DALYs/AVAD: Disability-Adjusted Life Years/ Años de Vida Ajustados por Discapacidad.

DSS: Determinantes sociales de la salud

DSR: Derechos sexuales y reproductivos

ENS: Encuesta Nacional de Salud

ENSSEX: Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género

GF/FG: Grupo focal/Focus Group

FONASA: Fondo Nacional de Salud

IR: Implementation Research

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

ISP: Instituto de Salud Pública de Chile

ITS / STI: Infecciones de Transmisión Sexual / Sexually Transmitted Infections

IVISE: Índice de Vulnerabilidad Individual Socioepidemiológica

LGBTI+: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex y otras diversidades

MINSAL: Ministerio de Salud

NIP: Número de Identificación Provisorio /Temporary Identification Number.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAP: Papanicolaou

PNI: Programa Nacional de Inmunizaciones

PrEP: Profilaxis Pre Exposición

SERMIG: Servicio Nacional de Migraciones

SS/SH: Salud Sexual/ Sexual Health

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

VIH / HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

LISTADO DE GRÁFICOS, FIGURAS Y TABLAS

	Título	Página
Gráfico 1	Población inmigrante en Chile y tasa de inmigración entre los años 1865 y 2017	17
Gráfico 2	Estimación de personas extranjeras en Chile entre los años 2018 a 2023.	18
Gráfico 3	Estimaciones de personas extranjeras en Chile, según país de origen entre los años 2018 y 2023.	19
Figura 1	Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud	22
Figura 2	Ciclo de la Migración	23
Gráfico 4	Personas nacidas en el extranjero según previsión de salud	32
Gráfico 5	Porcentaje de personas con atención médica que reportan dificultades de acceso	33
Gráfico 6	Tasa de atención médica en personas migrantes	33
Gráfico 7	Tasas brutas y ajustadas de nuevas infecciones por VIH en migrantes internacionales y nacionales en Chile, 2013-2022	45
Figura 3	Esquema de Proyecto COSMIC	56
Tabla 1	Proceso de construcción de indicadores socio- epidemiológicos	60

RESUMEN

Introducción: En las últimas décadas, Chile se ha consolidado como uno de los principales destinos migratorios de América Latina, con una población caracterizada por su juventud y concentración en edad laboral y reproductiva. Este escenario ha visibilizado nuevas desigualdades en salud, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, donde las personas migrantes enfrentan barreras normativas, administrativas, y sociales que limitan su acceso a servicios y derechos a la salud. La migración, reconocida como un determinante social de la salud, interactúa con factores como género, etnicidad, situación socioeconómica y trayectorias migratorias, configurando vulnerabilidades específicas que los sistemas tradicionales de información y vigilancia no logran captar. Frente a ello, el objetivo de esta tesis doctoral es desarrollar indicadores de monitorización de desigualdades en salud sexual y realizar una evaluación previa a la implementación de un sistema de vigilancia de base comunitaria (SVBC) en población migrante en Chile.

Métodos: El trabajo se presenta en formato de compendio de tres artículos. El artículo 1 consistió en un scoping review de la literatura internacional sobre determinantes sociales que afectan el acceso a salud sexual en población migrante. El artículo 2 describe el desarrollo de indicadores socio-epidemiológicos en salud sexual de migrantes en Chile mediante una metodología mixta en tres etapas: (1) definición y operacionalización de indicadores a partir de entrevistas individuales, un grupo focal y análisis de fuentes secundarias; (2) jerarquización y validación de contenido mediante método Delphi modificado y juicio experto; y (3) pilotaje en terreno del instrumento de indicadores. El artículo 3 abordó la evaluación pre-implementación del SVBC en Chile mediante un estudio cualitativo en dos fases: una investigación formativa y la posterior definición de circuitos de implementación. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a representantes de organizaciones de base comunitaria (OBC) y actores de Atención primaria en salud (APS).

Resultados: El scoping review correspondiente al artículo 1 identificó 13 categorías de determinantes que limitan el acceso a salud sexual en población migrante. Entre los determinantes estructurales se identificaron las barreras lingüísticas y de comunicación, los valores religiosos y culturales, el estigma y la discriminación asociados al VIH, la situación migratoria irregular, las limitaciones económicas, el racismo, las desigualdades de género y la falta de conocimiento sobre sexualidad y salud sexual. En cuanto a los determinantes intermedios, destacaron la cobertura financiera en salud, la privacidad y confidencialidad, las dificultades de navegación del sistema, la organización y condiciones de los servicios de salud, así como factores psicosociales.

El proceso de construcción de indicadores asociado al artículo 2 permitió consolidar un instrumento con 94 indicadores en 73 preguntas, distribuidos en ocho dimensiones (antecedentes sociodemográficos, trayectorias migratorias, violencias, vinculación con el sistema de salud, prácticas sexuales, trabajo sexual, salud sexual y necesidades en salud sexual). El pilotaje en población migrante demostró su pertinencia, coherencia interna, configurándose como una herramienta sólida para la vigilancia comunitaria. La evaluación pre-implementación en el artículo 3 mostró una marcada heterogeneidad entre OBC y centros de APS: las primeras con recursos limitados pero gran disposición a participar. A

partir de entrevistas y consensos participativos se diseñaron circuitos de implementación diferenciados: en OBC, reclutamiento, monitorización, consejería y derivación; en APS, recepción, gestión de citas y atención clínica.

Conclusiones: En conclusión, esta tesis doctoral demuestra que la vigilancia de base comunitaria es una estrategia necesaria para visibilizar y abordar las desigualdades en salud sexual de la población migrante. La integración de un enfoque interseccional y participativo, permitió desarrollar indicadores sensibles a las trayectorias migratorias, las condiciones estructurales y las experiencias de las comunidades. La evaluación pre implementación del SVBC evidenció la relevancia de la flexibilidad, la iteración y evaluación constante durante su diseño, así como la incorporación de actores claves para fortalecer su legitimidad. Por último, cabe destacar que esta tesis aporta en la generación de insumos previo a la implementación de un *SVBC* enfocado en la salud sexual de personas migrantes, representando una experiencia inédita a nivel regional y un referente potencialmente útil para otros contextos.

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, Chile has become one of the main migrant-receiving countries in Latin America, with a population characterized by its youth and its concentration in reproductive and working ages. This scenario has made visible new health inequalities, particularly in the field of sexual and reproductive health, where migrants face normative, administrative, and social barriers that limit their access to health services and rights. Migration, recognized as a social determinant of health, interacts with factors such as gender, ethnicity, socioeconomic status, and migratory trajectories, shaping specific vulnerabilities that traditional information and surveillance systems fail to capture. In this context, the objective of this doctoral thesis is to develop indicators for monitoring inequalities in sexual health and to conduct a pre-implementation evaluation of a Community-Based Surveillance System (CBSS) in the migrant population in Chile.

Methods: This thesis is presented as a compilation of three articles. Article 1 consisted of a scoping review of the international literature on social determinants affecting access to sexual health among migrant populations. Article 2 describes the development of socio-epidemiological indicators of sexual health among migrants in Chile using a three-stage mixed-methods approach: (1) definition and operationalization of indicators based on individual interviews, a focus group, and analysis of secondary sources; (2) prioritization and content validation using a modified Delphi method and expert judgment; and (3) field piloting of the indicator instrument. Article 3 addressed the pre-implementation evaluation of the CBSS in Chile through a qualitative study conducted in two phases: formative research and subsequent definition of implementation circuits. Semi-structured interviews were conducted with representatives of community-based organizations (CBOs) and primary health care (PHC) actors.

Results: The scoping review in Article 1 identified 13 categories of determinants limiting access to sexual health in migrant populations. Among structural determinants were linguistic and communication barriers, religious and cultural values, HIV-related stigma and discrimination, irregular migration status, economic constraints, racism, gender inequalities, and lack of knowledge about sexuality and sexual health. Intermediate determinants included financial coverage in health, privacy and confidentiality, difficulties navigating the health system, organization and conditions of health services, as well as psychosocial factors.

The indicator development process in Article 2 resulted in the consolidation of an instrument comprising 94 indicators across 73 questions, distributed into eight dimensions (sociodemographic background, migratory trajectories, violence, connection with the health system, sexual practices, sex work, sexual health, and sexual health needs). Piloting among migrant populations demonstrated its pertinence and internal coherence, establishing it as a robust tool for community-based surveillance. The pre-implementation evaluation in Article 3 revealed marked heterogeneity between CBOs and PHC centers: the former had limited resources but a strong willingness to participate. Based on interviews and participatory consensus processes, differentiated implementation circuits were designed: in CBOs; recruitment, monitoring, counseling, and referral, and in PHC; reception, appointment coordination, and clinical care.

Conclusions: This doctoral thesis demonstrates that community-based surveillance is a necessary strategy to make visible and address inequalities in sexual health among migrant populations. Integrating an intersectional and participatory approach made it possible to develop indicators that are sensitive to migratory trajectories, structural conditions, and community experiences. The CBSS pre-implementation evaluation highlighted the importance of flexibility, iteration, and continuous assessment during system design, as well as the involvement of key stakeholders to strengthen its legitimacy. Furthermore, this thesis generates foundational inputs for the future implementation of a CBSS focused on the sexual health of migrant populations, representing an unprecedented experience in the region and potentially serving as a reference for other contexts.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	2
PRESENTACIÓN	4
FINANCIAMIENTO	5
ACRÓNIMOS Y ABREVIACIONES	6
LISTADO DE GRÁFICOS, FIGURAS Y TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
I. MARCO TEÓRICO	14
1. MIGRACIÓN	15
1.1. Migración a Nivel Mundial	15
1.2. Migración en Chile	16
2. DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA MIGRACIÓN	21
2.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud	21
2.2. Desafíos de los determinantes sociales de la salud	24
3. ACCESO Y SITUACIÓN DE SALUD EN MIGRANTES A NIVEL MUNDIAL	27
3.1. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en personas migrantes	27
3.2. Morbi-mortalidad en migrantes internacionales	28
4. ACCESO Y SITUACIÓN DE SALUD EN MIGRANTES EN CHILE	29
4.1. Sistema de Salud Chileno	29
4.2. Marco normativo sobre el acceso a la salud	30
4.3. Acceso y situación de salud de migrantes en Chile	31
5. SALUD SEXUAL	34
5.1. Dinámicas globales de la salud sexual	35
5.2. Salud sexual en Chile	39
5.3. Salud sexual y migración	42
6. SISTEMAS DE VIGILANCIA DE BASE COMUNITARIA	46
II. JUSTIFICACIÓN	48
III. OBJETIVOS	51
HIPÓTESIS	52
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	52
OBJETIVO GENERAL	53
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
IV. MÉTODOS	54
CONTEXTO DEL ESTUDIO	55
Proyecto COSMIC	55
Contexto territorial	56
DISEÑO GENERAL	57
POBLACIÓN OBJETIVO	57
MÉTODO OBJETIVO 1: ARTÍCULO 1	58

Tipo de estudio	58
Estrategia de búsqueda	58
Criterios de elegibilidad	58
Selección de estudios	59
Extracción y análisis de datos	59
MÉTODO OBJETIVOS 2 Y 3: ARTÍCULO 2	59
Tipo de estudio	59
Población y contexto de estudio	60
Técnicas de recolección de la información, validación de contenido y análisis	60
MÉTODO OBJETIVO 4: ARTÍCULO 3	61
Tipo de estudio	61
Población y contexto de estudio	62
Técnicas de recolección y análisis de la información	62
ASPECTOS ÉTICOS	63
V. RESULTADOS	64
RESULTADOS ARTÍCULO 1	67
RESULTADOS ARTÍCULO 2	79
RESULTADOS ARTÍCULO 3	93
VI. DISCUSIÓN GENERAL	110
VII. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	116
VIII. CONCLUSIONES	119
IX. RECOMENDACIONES	123
X. BIBLIOGRAFÍA	126
XI. ANEXOS	143
ANEXO 1: Estrategia de búsqueda (Artículo 1)	144
ANEXO 2: Tabla de extracción de datos de estudios incluidos (Artículo 1)	147
ANEXO 3: Versiones de matriz de indicadores desarrollados (Artículo 2)	156
ANEXO 4: Instrumento de monitorización de indicadores socio-epidemiológicos.	179

I. MARCO TEÓRICO

1. MIGRACIÓN

1.1. Migración a Nivel Mundial

La migración internacional constituye un fenómeno central y dinámico en la configuración de las sociedades contemporáneas. Al año 2020 más de 280 millones de personas residen fuera de su país de nacimiento, representando el 3,6 % de la población mundial, cifra en constante aumento desde 1990 en un contexto de desigualdades, conflictos y crisis ambientales (1).

Históricamente, los flujos migratorios han acompañado el devenir de la humanidad, vinculados a procesos de expansión imperial, colonización, industrialización y urbanización (2). Entre los siglos XVI al XX, como la trata transatlántica de esclavos, instaurando jerarquías raciales persistentes (3,4). En el siglo XIX y principios del XX (1846-1940), la llamada “gran migración europea” supuso la salida de cerca de 48 millones de europeos hacia América, Oceanía y África del Sur, transformando sociedades emisoras y receptoras (2). El siglo XX, en cambio, estuvo marcado por el descenso de la migración europea, el auge de los movimientos de refugiados producto de guerras y descolonización, y el surgimiento de nuevos países receptores en Europa, América y Asia (2). En la actualidad, la migración internacional se configura como un fenómeno politizado, que ocupa un lugar central en debates sobre seguridad, identidad y derechos humanos, mientras enfoques críticos enfatizan la agencia migrante y la justicia global. (2,4–7).

La migración internacional se define como el desplazamiento de personas fuera de su país de origen por un periodo mínimo de un año (2). Incluye migraciones voluntarias (laborales, educativas, familiares), forzadas (por guerras, persecuciones o desastres), regulares e irregulares, así como refugiados y solicitantes de asilo (1). Estas categorías a menudo se solapan y pueden transformarse a lo largo de la trayectoria migratoria (2). Asimismo, las trayectorias migratorias —los caminos, estancias, retornos y conexiones que mantienen las personas migrantes a lo largo de su vida— no se limitan a un desplazamiento lineal, sino que comprende diversas fases (salida, tránsito, llegada, establecimiento, retorno o movilidad circular), así como, trayectorias permanentes o temporales, que se entrelazan con vínculos transnacionales familiares, económicos y sociales (2,8,9).

El escenario contemporáneo se caracteriza por la intensificación, diversificación y complejización de los flujos poblacionales (2). A partir de los años 1990, la globalización y la multidireccionalidad han reconfigurado los corredores migratorios. Aunque los movimientos sur-norte continúan siendo relevantes, han cobrado fuerza los flujos sur-sur —como en América Latina y África— y norte-norte, desdibujando la distinción entre países emisores y receptores (8,9). La noción de “superdiversidad” resume la coexistencia de múltiples nacionalidades, estatus legales y trayectorias en un mismo espacio (2,9). Otro rasgo central es la feminización de las migraciones: hoy las mujeres constituyen casi la mitad de los migrantes internacionales y se insertan de manera significativa en ocupaciones

precarizadas —como el trabajo doméstico y de cuidados—y en flujos transfronterizos con alta vulnerabilidad, lo que conlleva riesgos específicos y exige políticas con enfoque de género e interseccionalidad (1,2,10)

La migración internacional también influye en el desarrollo humano y económico mediante las remesas, las que en 2022 alcanzaron los 831 mil millones de dólares, vitales para países de bajos y medianos ingresos (1). Sin embargo, estas contribuciones coexisten con desafíos como la precariedad laboral, la inseguridad alimentaria y el aumento del desplazamiento forzado por conflictos, desastres y cambio climático (1). Paralelamente, la “securitización” de la migración ha intensificado políticas restrictivas y de control fronterizo, aumentando la vulnerabilidad de los migrantes (2,5).

En América Latina, las dinámicas migratorias se inscriben en un legado colonial que configuró fronteras, jerarquías raciales y persistentes desigualdades (3,4). Durante los siglos XIX y XX, la región recibió inmigración europea y asiática, junto con desplazamientos internos asociados a violencia y dictaduras (2,11). Hoy combina roles de origen, tránsito y destino, con fenómenos como el éxodo venezolano, la migración haitiana y los flujos desde Centroamérica, motivados por factores económicos, políticos y ambientales (1,12). La respuesta estatal ha sido heterogénea, oscilando entre políticas de acogida y discursos xenófobos (13). Actualmente, Sudamérica alberga a unos 12,6 millones de migrantes internacionales, lo que representa cerca del 2,9% de la población total de la región, concentrados en Colombia (3 millones), Argentina (2,3 millones), Perú, Chile y Brasil (14). En este contexto, enfoques decoloniales resaltan la necesidad de reconocer la agencia migrante y promover la justicia social en políticas migratorias (4,6).

1.2. Migración en Chile

1.2.1. Contexto histórico

La historia migratoria de Chile se caracteriza por tres grandes ciclos desde mediados del siglo XIX (ver **Gráfico 1**) (15). El primer ciclo (1875–1920) estuvo marcado por la llegada de inmigrantes europeos, especialmente provenientes de España, Alemania, Croacia e Italia, en el contexto de políticas estatales de poblamiento y modernización. La tasa de inmigración creció de un 1,2% en 1875 a un 2,7% en 1907, dejando una impronta cultural en diversas regiones del sur de Chile (15).

Gráfico 1 Población inmigrante en Chile y tasa de inmigración entre los años 1865 y 2017



Fuente: Elaborado por A. Canales (15) a partir de información proveniente de Censos de Población 1865 a 2017.

El segundo ciclo migratorio (1920–1982), se caracterizó por una importante desaceleración migratoria y la estabilización de la población extranjera en torno a las 100.000 personas (15). Las guerras mundiales, las crisis económicas y políticas de cierre de fronteras en América Latina limitaron los flujos internacionales (15,16). Durante la dictadura (1973-1990) la emigración chilena superó a la inmigración, mientras se restringió fuertemente la entrada de extranjeros (15,17).

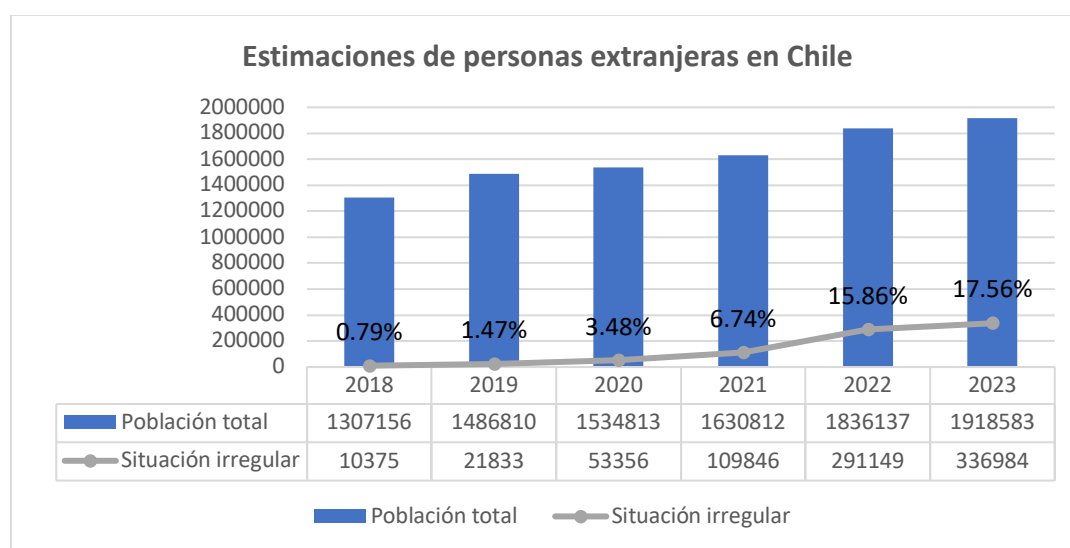
A partir de 1982 se inicia un tercer ciclo, caracterizado por el crecimiento de la inmigración. Este proceso se intensifica desde los años 90 y se hace especialmente visible hacia 2017, cuando la tasa de inmigración alcanza el 4,3%, superando ampliamente los registros históricos previos (15). A diferencia de los ciclos anteriores, predominan migrantes latinoamericanos y caribeños (Perú, Bolivia, Colombia, Haití y Venezuela), desplazando el histórico protagonismo europeo (15,18). En la última década destacan el aumento de migrantes haitianos y venezolanos, motivado por crisis económicas, políticas y humanitarias en sus países de origen, y la percepción de Chile como un destino estable tras la transición democrática de 1990, y accesible (15,19,20).

Este cambio ha planteado desafíos significativos para el Estado chileno y la sociedad en general. El aumento en la diversidad y el volumen de la población migrante ha puesto presión sobre los sistemas de salud, educación, vivienda y trabajo, y abriendo debates públicos sobre la integración, el racismo y la xenofobia. Las nuevas políticas migratorias, como la Ley de Migraciones N°21.325 promulgada en 2021 (21), y la implementación del Plan Nacional de Migraciones y Extranjería (22), buscan ordenar el fenómeno bajo un enfoque de derechos y obligaciones, aunque persisten desafíos en la implementación de estrategias inclusivas.

1.2.2. Caracterización general de migración en Chile

El censo 2017 registró 17.574.003 personas (23), con ello se proyectan un total de 19.960.889 personas para el año 2023 (24). En cuanto a la población extranjera de ese año, se estimaron 1.918.583 (25) un 4,5% más que en 2022 y un 46,8% más que en 2018 (ver **Gráfico 2**). En paralelo, se evidencia un incremento progresivo de las personas que se encuentran en situación migratoria irregular en los últimos años, pasando de representar el 0,8% el año 2018, a un 17,6% del total en 2023. De este subgrupo, 186.276 son hombres (55,3%) y 150.708 son mujeres (44,7%) (25).

Gráfico 2 Estimación de personas extranjeras en Chile entre los años 2018 a 2023.

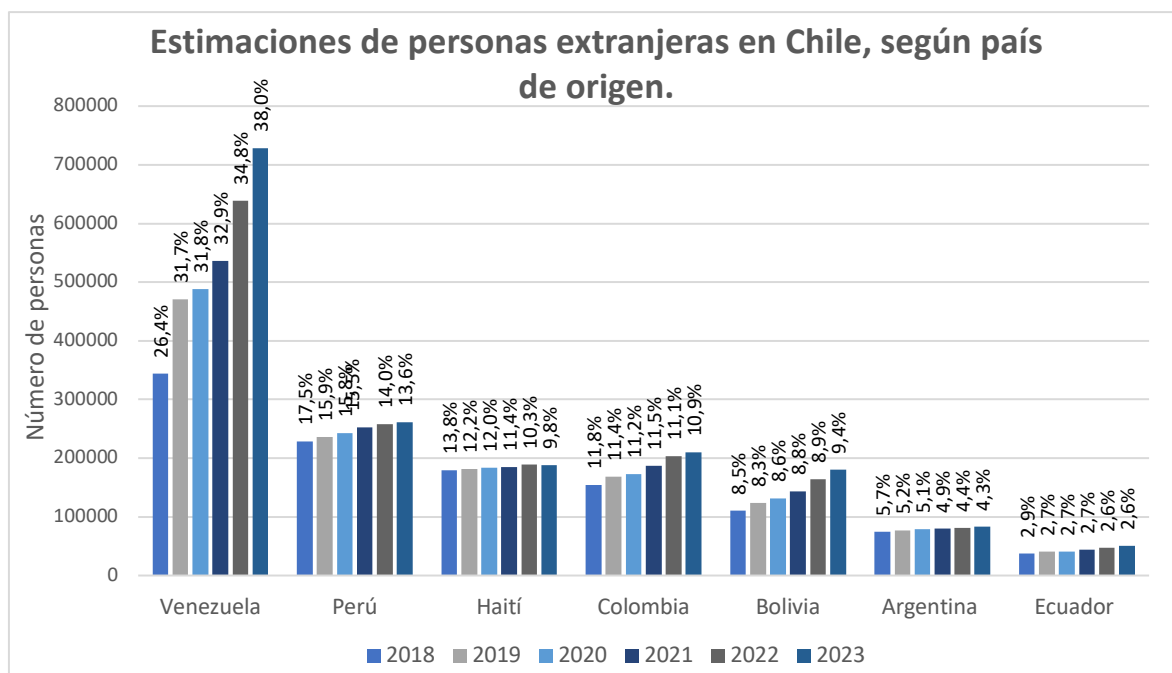


Fuente: Elaboración propia con datos de estimaciones de personas extranjeras en Chile, SERMIG, INE, PDI y MRE.

En términos de distribución por sexo, 979.571 corresponden a hombres y 939.012 a mujeres, lo que se traduce en un índice de masculinidad de 104,3 hombres por cada 100 mujeres. En cuanto a la estructura etaria, se observa una alta concentración en los tramos de edad potencialmente activos desde el punto de vista laboral y reproductivo, especialmente entre los 30 y 39 años (25), convirtiendo su incorporación en un factor clave para contribuir a la dinámica social y demográfica de Chile (15). Dentro de este rango, destaca el grupo de 30 a 34 años, que representa el 17,8% del total de la población extranjera (25).

En términos de país de origen, más del 70% de las personas migrantes provienen de países latinoamericanos, siendo Venezuela el principal país de origen con un 38% del total para el año 2023. Le siguen Perú (13,6%), Colombia (10,9%), Haití (9,8%) y Bolivia (9,4%) (25). Sin embargo, en los últimos años se ha evidenciado cambios en la representación de algunos colectivos, experimentando un incremento de en el caso de las personas provenientes de Venezuela, y una disminución como en el caso de Haití (ver **Gráfico 3**).

Gráfico 3 Estimaciones de personas extranjeras en Chile, según país de origen entre los años 2018 y 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos de estimaciones de personas extranjeras en Chile, SERMIG, INE, PDI y MRE.

Finalmente, en términos de ubicación geográfica, la población migrante se concentra mayoritariamente en tres regiones del país: la Región Metropolitana, que alberga al 57,8% del total; la Región de Antofagasta, con un 6,7%; y la Región de Valparaíso, con un 6,1%.

Más allá de los datos agregados, la perspectiva de las trayectorias migratorias permite comprender la experiencia de migrantes latinoamericanos y caribeños en Chile en toda su complejidad. Como señala Yasna Contreras (26), la migración no es un desplazamiento lineal entre origen y destino, sino una sucesión de etapas en las que los proyectos se reconfiguran según oportunidades, obstáculos y redes.

El estudio de experiencias migratorias en el norte de Chile distingue tres grandes tipos de trayectorias migratorias (26):

- Las directas se asocian a desplazamientos lineales apoyados en redes familiares o sociales ya establecidas.
- Las azarosas se caracterizan por la coerción y la vulnerabilidad derivadas de violencia, racismo o precariedad en los lugares de origen.
- Por último, las nómades implican una movilidad continua entre distintos países sustentada en recursos y vínculos transnacionales.

Estas modalidades muestran que la inserción y el acceso a derechos dependen tanto de condiciones estructurales como de la agencia individual, desafiando la idea de una experiencia única y evidenciando procesos marcados por precariedad, discriminación y racismo (26).

1.2.3. Caracterización de la población migrante en Chile

Los principales instrumentos utilizados para la caracterización de la población migrante en Chile, son en primer, lugar la “Encuesta de Nacional de Migración” año 2022 (27), que caracteriza a la población extranjera (en adelante, población migrante) que ingresó a Chile entre 2016 y 2020. En términos generales, la encuesta evidenció un perfil predominantemente joven y en edad laboral activa (72% entre 18 y 39 años). Las nacionalidades más representadas que fueron Venezuela (45%), Haití (19%), Colombia (10%), Perú (8%) y Bolivia (7%). En segundo lugar, la “Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional” (CASEN) 2022 (28), instrumento que no está enfocado en la población migrante, pero que permite conocer las condiciones de vida de las personas migrantes.

La Encuesta de Migración año 2022, permite caracterizar a los hogares migrantes en Chile como núcleos relativamente pequeños, con un tamaño promedio de tres personas, aunque destaca la presencia significativa de hogares unipersonales, que representan un 16% del total. Las principales motivaciones para migrar fueron de carácter económico-laboral, destacando la crisis económica en Venezuela y la falta de oportunidades en los demás países. En este contexto, la estabilidad económica de Chile, junto con la posibilidad de reunificación familiar, emergen como elementos clave en la elección del país como destino migratorio; este último aspecto adquiere especial relevancia entre las mujeres venezolanas. Asimismo, la composición de estas familias da cuenta de una alta prevalencia de estructuras transnacionales: un 66% de las personas migrantes declaró tener familiares en sus países de origen que dependen económicamente de ellos, lo que refuerza el carácter transfronterizo de sus vínculos y responsabilidades (27).

Desde el punto de vista del perfil educacional, según datos de la Encuesta CASEN, entre los años 2016 y 2022 la población migrante ha presentado, en promedio, niveles educacionales más altos que la población nacida en Chile (en adelante, población “chilena”). En el año 2022, las personas migrantes mayores de 18 años registraron una escolaridad promedio de 13,2 años, en comparación con los 11,3 años observados en la población chilena (29). Por su parte, la Encuesta de Migraciones año 2022, destaca que los migrantes venezolanos se caracterizan por sus altos niveles de formación, con más del 60% de ellos con educación terciaria completa (27). Sin embargo, la convalidación de títulos en este grupo es baja: en promedio, solo el 12% de las personas migrantes ha logrado convalidar sus estudios, con excepción de la población colombiana, que alcanza un 20%, beneficiada en parte por convenios bilaterales vigentes (27).

Considerando que la motivación principal para migrar responde a razones económico-laborales, es esperable que este fenómeno tenga un impacto relevante en el mercado laboral chileno. En este contexto, se observa una alta participación (95% hombres; 84% mujeres) y ocupación laboral de la población migrante (92% hombres; 77% mujeres), aunque con marcadas brechas de género, especialmente entre mujeres bolivianas y haitianas (27). Un indicador positivo de integración al mercado laboral es el elevado porcentaje de personas migrantes que se desempeñan como trabajadores asalariados; sin embargo, esta inserción se

ve limitada por una subutilización del capital humano, ya que solo el 45% de quienes poseen estudios superiores trabaja en su área de formación (27). Esta desconexión entre nivel educativo y ocupación podría estar vinculada, en parte, a la sostenida disminución salarial que ha afectado a esta población en los últimos años (30). Adicionalmente, según datos de la Encuesta CASEN 2022, un 19,2% de las personas migrantes asalariadas no contaba con contrato de trabajo, en contraste con el 10,3% de la población chilena, lo que representa una brecha de 8,9 puntos porcentuales (31). Esta situación no sólo refleja desigualdades en el acceso a empleo formal, sino que también expone a la población migrante a mayores niveles de precariedad laboral y a un acceso limitado a derechos laborales y de seguridad social.

En cuanto a la pobreza por ingresos, CASEN 2022 visualiza que las personas migrantes presentan una tasa significativamente más alta que la población nacida en Chile (11% frente a 6%). Esta situación afecta a todos los colectivos, aunque se acentúa en la población boliviana, donde un 20% se encuentra en situación de pobreza (32).

A esto se suman importantes brechas en el ámbito habitacional. Mientras los hogares con jefatura nacida en Chile han experimentado una disminución sostenida en los niveles de hacinamiento, llegando al 3,3% en 2022, los hogares liderados por personas migrantes mantienen cifras considerablemente más altas, alcanzando un 18,5% en el mismo año (31). Esta brecha ha aumentado de forma sostenida en la última década (33), evidenciando un deterioro en las condiciones de habitabilidad de la población migrante en comparación con la población chilena, caracterizado por mayores niveles de hacinamiento, situaciones de allegamiento y viviendas con condiciones físicas precarias. Esta situación se vio aún más agravada por los efectos de la pandemia, que intensificó la precariedad habitacional y limitó las posibilidades de acceso a soluciones habitacionales adecuadas para este grupo (20).

Adicionalmente, la Encuesta de Migraciones 2022, identifica otras barreras de inclusión social, entre ellas el acceso limitado a servicios financieros y a la conectividad digital, así como experiencias de discriminación principalmente en espacios laborales y en la vía pública, especialmente entre personas migrantes de nacionalidad haitiana y colombiana (27).

Por último, en el acceso a salud, también se evidencian desigualdades. Un 16,4% de las personas migrantes no cuenta con previsión de salud, en contraste con el 1,7% de la población chilena (34). Asimismo, frente a problemas de salud recientes, el 16,4% de las personas migrantes reportó no haber recibido atención médica, frente al 9,5% de las personas chilenas (34). Posteriormente, se profundizará en relación a la situación de salud de las personas migrantes en Chile.

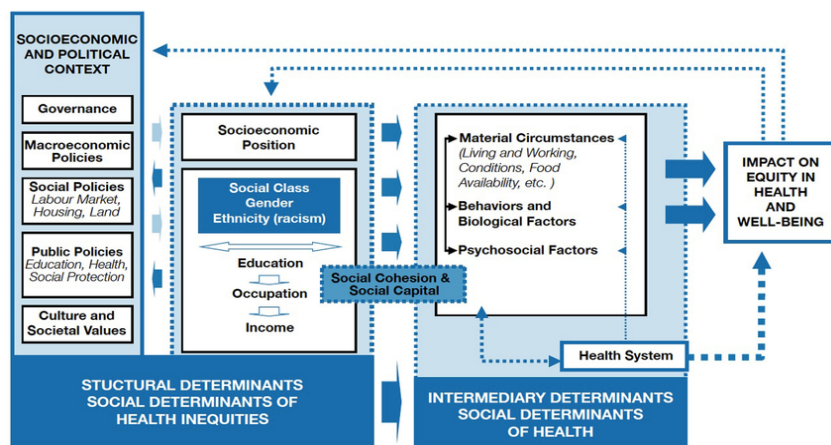
2. DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA MIGRACIÓN

2.1. Modelo de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son aquellos factores no médicos que influyen en los resultados de salud y en las desigualdades en salud. Estas son las condiciones en las

que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que moldean las condiciones de la vida cotidiana (35).

Figura 1 Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud



Fuente: The Commission on Social Determinants of Health, OMS (35)

El marco conceptual propuesto por la Comisión de la OMS en 2008 (**Figura 1**), distingue entre determinantes estructurales e intermedios. Los primeros se refieren al contexto socioeconómico y político en el que se producen y distribuyen, de manera desigual, el poder y otros recursos valiosos entre los distintos grupos sociales, considerando dimensiones como la clase social, el género y la etnia o raza. Por su parte, los determinantes intermedios corresponden a las condiciones de vida más cercanas a la experiencia cotidiana de las personas, como las condiciones laborales, de vivienda, de transporte, así como los factores psicosociales, entre otros (35).

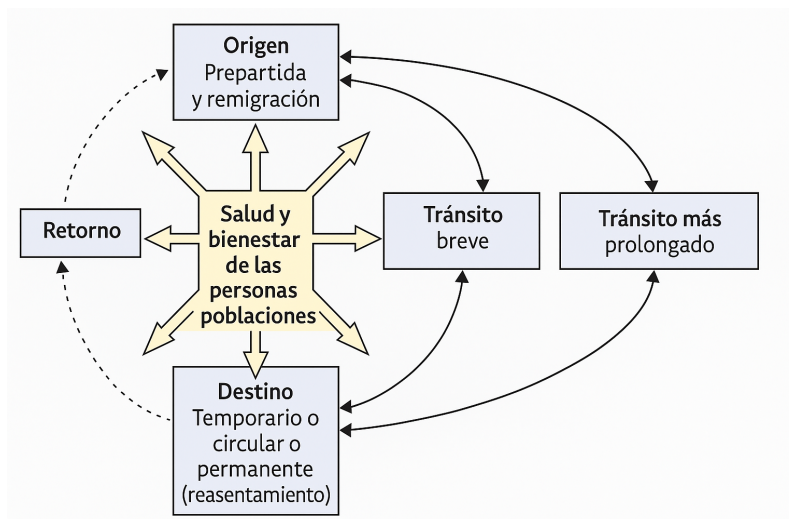
Estas diferencias estructurales dan origen a desigualdades en salud, entendidas como diferencia observable en el estado de salud entre individuos o grupos, sin implicar necesariamente diferencias injustas (36). Sin embargo, el concepto de inequidad incorpora una dimensión ética y moral, al referirse a aquellas diferencias que son sistemáticas, evitables e innecesarias, pero que además son consideradas arbitrarias e injustas (37). Si bien la inequidad en salud es un concepto normativo y, por lo tanto, no puede medirse ni monitorearse con precisión, las desigualdades en salud, sí pueden medirse y monitorearse, y sirven como un medio indirecto de evaluar la inequidad en salud (38).

La migración es ampliamente reconocida como un DSS (39,40), ya que la experiencia migratoria en sí y en cada fase de ella, existen riesgos potenciales para la salud y factores posibles de protección que pueden tener un impacto a corto o largo plazo en su bienestar (39,41).

La experiencia migratoria, lejos de ser lineal, constituye un ciclo dinámico que abarca la preparación para la salida, los desplazamientos, la permanencia temporal o prolongada, y en algunos casos el retorno o la reemigración (**Figura 2**). Cada una de estas fases puede implicar vulnerabilidades como violencia, precariedad laboral, falta de acceso a servicios básicos,

discriminación, pero también generar factores protectores, como la construcción de redes de apoyo o la adquisición de nuevas prácticas de autocuidado (39,41).

Figura 2 Ciclo de la migración



Fuente: elaboración propia con datos de “The UCL-Lancet Commission on Migration and Health.”

Adicionalmente, el la situación migratoria incide directamente en la estabilidad económica, la integración social y, especialmente, en el acceso a servicios de salud (39). La situación migratoria irregular agrava la vulnerabilidad de las personas migrantes al operar como un factor de opresión interseccional que restringe el acceso a la atención, ya sea por políticas migratorias, como la deportación que generan temor y rechazo a consultar a servicios de salud (39,42), las barreras administrativas impuestas por los sistemas de control del país receptor o por el desconocimiento de sus derechos (43,44).

A casi dos décadas de su consolidación, el marco de los DSS ha contribuido a visibilizar la influencia de factores sociales y estructurales en la salud. Sin embargo, distintas corrientes han señalado la necesidad de repensar el enfoque de los DSS, advirtiéndolo sus limitaciones para capturar la complejidad de los procesos sociales, históricos y políticos que configuran la salud y la enfermedad, especialmente en contextos como el latinoamericano (45–47).

El marco de los DSS desarrollado por la OMS tiende a adoptar una lógica individualizante y tecnocrática, centrada en la medición de variables aisladas como educación, ocupación o ingreso, a menudo desvinculadas de los procesos estructurales que las generan (46,47). En este marco, las personas suelen representarse como portadoras pasivas de “riesgos”, ubicándolas en una posición de víctimas frente a la desigualdad, sin reconocer su agencia ni su capacidad para movilizar recursos sociales (46,47). Asimismo, esta visión tiende a despolitizar las condiciones estructurales, invisibilizando las relaciones de poder que los configuran. En consecuencia, se simplifica fenómenos profundamente entrelazados con trayectorias de exclusión, como los procesos migratorios o las desigualdades estructurales en América Latina, al no incorporar de forma suficiente las dimensiones territoriales, culturales e históricas que atraviesan dichas experiencias (47).

Frente a ello, Jaime Breilh y Nancy Krieger (45) han propuesto avanzar hacia la noción de determinación social de la salud, planteada por la epidemiología crítica y la medicina social latinoamericana, la que entiende la salud como un proceso histórico y estructural, que busca explicar cómo las condiciones materiales de existencia se configuran en cadenas de reproducción social que afectan la vida, el cuerpo y el bienestar de las poblaciones (45). Desde esta perspectiva, Breilh y Krieger proponen resignificar las categorías analíticas en la epidemiología, y avanzar hacia dimensiones más complejas e integradoras, que posibiliten una lectura estructural, crítica y transformadora de las desigualdades en salud. Entre estas dimensiones se destacan la clase social, el género despatriarcalizado, la etnicidad, el territorio, y la agencia colectiva (45).

2.2. Desafíos de los determinantes sociales de la salud

A pesar de los avances logrados con el marco de los DSS, persisten tensiones que limitan su capacidad explicativa y transformadora. El énfasis en variables individuales y en enfoques tecnocráticos ha tendido a simplificar fenómenos profundamente vinculados con procesos históricos, políticos y culturales (46,47). En consecuencia, se hace necesario interrogar críticamente este paradigma y explorar dimensiones que permitan comprender las desigualdades en salud en toda su complejidad, especialmente en contextos atravesados por migración, género y territorialidad. En este contexto, y considerando que esta tesis se inscribe en el cruce entre salud sexual, migración y contexto chileno, se propone una atención particular a tres dimensiones analíticas clave: vulnerabilidad, agencia e interseccionalidad, entendidas no sólo como categorías explicativas de las formas en que se expresa la exclusión, sino también como claves para comprender cómo las personas enfrentan, resisten y transforman dichas condiciones.

2.2.1. Vulnerabilidad y agencia

La vulnerabilidad en personas migrantes, según el informe de Alto Comisionado de las Naciones Unidas, no es una condición estática ni inherente a los sujetos, sino el resultado de múltiples factores estructurales que pueden entrecruzarse, influenciarse y agravarse mutuamente (48). Se define a “las personas migrantes en situaciones de vulnerabilidad” como aquellas que no pueden ejercer plenamente sus derechos, enfrentan mayor riesgo de sufrir violaciones o abusos, y por tanto requieren una protección reforzada por parte de los Estados.

Etimológicamente, el término *vulnerabilidad* proviene del latín *vulnus* (herida), y remite a la capacidad de alguien o algo de ser herido o dañado (49). En su concepción hegemónica, la vulnerabilidad ha sido asociada a pasividad, fragilidad o dependencia, es decir, una condición que inhabilita la acción y que demanda protección o asistencia (50). La vulnerabilidad (social) se define como “la exposición a riesgos, unida a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente” (51), una condición que puede

derivar en procesos de exclusión social (49). Esta concepción, ampliamente utilizada en políticas públicas, el ámbito sanitario, jurídico y humanitario, ha sido objeto de crítica por reducir a los sujetos vulnerables a meros objetos de asistencia, negando su agencia y capacidad de acción colectiva (50). En respuesta a esta mirada, Judith Butler y otras autoras proponen una concepción relacional, situada y políticamente activa de la vulnerabilidad, que no la entiende como lo opuesto de agencia, sino como una de sus condiciones posibles (52). Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad no debe ser reducida a pasividad o victimización, sino que puede convertirse en una base para la acción, y puede ser fuente de resistencia cuando se colectiviza y se politiza (50).

Este enfoque requiere, a su vez, profundizar en el concepto de agencia, tradicionalmente entendida como la capacidad y disposición de una persona para actuar con autonomía en función de sus objetivos, lo que implica tomar decisiones, comprometerse con ciertas metas y asumir responsabilidad por las acciones realizadas (53). Esta noción clásica se basa en una concepción del sujeto moderno, autónomo y racional, capaz de actuar estratégicamente y de forma deliberada. Sin embargo, dicha noción ha sido ampliamente cuestionado por excluir a quienes no se ajustan a esos estándares como ocurre con las personas migrantes, racializadas, empobrecidas o en situación de vulnerabilidad, negando así su capacidad de acción y su reconocimiento como sujetos políticos (50).

Desde una perspectiva crítica y feminista, Judith Butler propone un desplazamiento hacia una nueva concepción de agencia, entendida como una capacidad situada, relacional y performativa. Esto implica reconocer que las personas no actúan a pesar de su vulnerabilidad, sino desde ella y a través de ella, al incorporar la dependencia y la vulnerabilidad como parte de su funcionamiento. Desde este enfoque, la agencia se concibe como un proceso que emerge en contextos de interdependencia y que se despliega incluso en condiciones de exclusión y precariedad.

Este enfoque resulta especialmente relevante para el análisis de las experiencias de mujeres migrantes en América Latina, cuyas trayectorias han sido frecuentemente reducidas a marcos de victimización. Lejos de esa imagen, muchas de ellas ejercen su agencia a través de prácticas cotidianas, aunque frecuentemente invisibilizadas, desafían las estructuras de exclusión y contribuyen a la transformación de sus entornos (54).

A partir del análisis de experiencias migratorias de mujeres latinoamericanas, se ha propuesto una tipología de agencia que identifica tres formas interrelacionadas de acción: el aprendizaje y desmontaje de marcos culturales previos, la disposición a revertir estigmas y relaciones de poder, y la apropiación y pertenencia en espacios sociales y políticos (54). Estas formas de agenciamiento, performativas por naturaleza, evidencian cómo la vulnerabilidad puede ser un punto de partida para la acción transformadora, tanto individual como colectiva (54).

2.2.2. Interseccionalidad

El concepto de interseccionalidad fue introducido en la década de 1980 por Kimberlé Crenshaw desde el feminismo negro, con el objetivo de analizar la interrelación entre distintas formas de opresión (particularmente el racismo y el sexismo) que estructuran formas específicas de subordinación, especialmente en mujeres negras (55). Posteriormente, otras autoras han ampliado y profundizado este enfoque, consolidándose como una herramienta analítica que permite comprender cómo categorías sociales como género, raza, clase, sexualidad o situación migratoria se entrelazan de manera simultánea y contextual, configurando experiencias diferenciadas de poder o exclusión (56). La interseccionalidad no debe entenderse como una suma de identidades, sino como una perspectiva constitutiva y situada, que reconoce que las categorías sociales se coproducen mutuamente en contextos históricos, institucionales y culturales específicos (57).

A diferencia de los enfoques que abordan los ejes de desigualdad de manera aislada, como en el caso del marco de los DSS desarrollado por OMS, la interseccionalidad desafía las perspectivas unidimensionales, que tienden a invisibilizar a quienes viven múltiples formas simultáneas de subordinación (55,58). Su carácter relacional e integrado permite captar la complejidad de las dinámicas de poder y exclusión (59), reconociendo que los mecanismos que reproducen las desigualdades no son uniformes, sino que varían según el eje y el contexto en el que se articulan. De este modo, la interseccionalidad visibiliza la heterogeneidad de las experiencias sociales y la especificidad de las relaciones de poder que las configuran (60).

La interseccionalidad, en tanto enfoque crítico, ha sido ampliamente utilizada para analizar las experiencias de sujetos y colectivos históricamente excluidos (61), cobrando especial relevancia en los estudios migratorios. En particular, su análisis de las migraciones femeninas, ha permitido complejizar la comprensión de las estructuras de poder que configuran tanto las trayectorias como las condiciones de inserción de las mujeres migrantes (57,62). En este sentido, la interseccionalidad se configura como una herramienta teórico-metodológica que posibilita examinar cómo el género, en interacción con otras categorías sociales como la clase, la etnicidad y la situación migratoria, estructura no solo las condiciones objetivas de movilidad, sino también las experiencias subjetivas de quienes migran (58,63,64).

Además, este enfoque resulta clave para romper con reducen a las mujeres migrantes a figuras pasivas o víctimas (65), al visibilizar su capacidad de agencia, resistencia y resignificación en contextos marcados por la exclusión. Así, la interseccionalidad no solo permite comprender las múltiples desigualdades que enfrentan, sino también las formas en que estas mujeres transforman sus realidades mediante prácticas cotidianas que desafían las estructuras de poder (64).

Estos ejes —vulnerabilidad, agencia e interseccionalidad— permiten avanzar hacia una comprensión más completa y situada de los procesos de salud-enfermedad en poblaciones migrantes. Constituyen, por tanto, dimensiones centrales para el análisis de las desigualdades en salud propuesto en esta tesis, orientado a visibilizar tanto las condiciones estructurales que generan desigualdad como las formas en que los sujetos las enfrentan y reconfiguran colectivamente.

3. ACCESO Y SITUACIÓN DE SALUD EN MIGRANTES A NIVEL MUNDIAL

3.1. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en personas migrantes

A pesar de que el derecho a la salud se encuentra consagrado en múltiples marcos normativos nacionales e internacionales, persisten barreras estructurales, sociales y administrativas que limitan significativamente su ejercicio efectivo entre personas migrantes, especialmente aquellas en situación migratoria irregular, solicitantes de asilo o refugiadas. La literatura, identifica un conjunto de obstáculos que, aunque diversos en su naturaleza, tienden a reforzarse mutuamente y profundizar las desigualdades en el acceso a la atención de salud (41,66,67).

Entre los principales desafíos se encuentran las barreras lingüísticas y culturales, que dificultan la comunicación entre personas migrantes y proveedores de salud (41,66,67). Esta limitación no sólo afecta la calidad de la atención, sino que también desincentiva la búsqueda oportuna de servicios, siendo particularmente críticas en áreas sensibles como la salud sexual y reproductiva (SSR), la salud mental y el apoyo psicosocial (41,66,67). A ello se suma la persistencia en actitudes discriminatorias y prejuicios en la atención sanitaria, expresadas en la escasa sensibilidad intercultural del personal de salud, lo que reproduce dinámicas de exclusión y erosiona la confianza de la población migrante en los sistemas sanitarios (41,66,67).

En el plano económico, los costos directos e indirectos asociados a la atención de salud constituyen una barrera relevante, especialmente para quienes se encuentran en situación migratoria irregular y carecen de mecanismos de protección social o cobertura sanitaria (41,66). Del mismo modo, las condiciones (barreras) geográficas y de transporte actúan como obstáculo adicional para quienes residen en zonas rurales, periféricas o en asentamientos alejados de áreas urbanas, donde la oferta de servicios de salud es limitada (41,66).

La provisión de servicios adecuados para personas migrantes se ve además limitada por la ausencia de modelos de atención culturalmente competentes, la escasa capacitación del personal en enfoques interculturales y la limitada incorporación de facilitadores culturales o intérpretes en los sistemas de salud (66). Estas carencias refuerzan la fragmentación en la respuesta sanitaria y perpetúan la subutilización de los servicios disponibles.

En el caso de Europa, esta situación se refleja especialmente en áreas críticas como la salud mental, la salud bucal y la atención primaria, donde las necesidades de la población migrante permanecen insatisfechas. Como consecuencia, se observa un uso elevado de servicios de urgencia, lo que pone en relieve la desarticulación en el acceso temprano y continuo a la atención (67). Mientras que, en América Latina se estima que entre un 70-74% de las personas migrantes, tanto en como en tránsito con en el destino, requieren atención médica, incluyendo servicios específicos como atención materno-infantil, tratamiento de enfermedades crónicas y salud mental (68). Sin embargo, la región presenta una escasa cobertura de protección social para esta población, expresada en menores tasas de aseguramiento, menor uso de controles preventivos y hospitalarios, especialmente en países como Colombia, México y República Dominicana (69). A estas limitaciones estructurales se agregan obstáculos adicionales, como el temor a la deportación en casos de migración irregular (70), y la falta de información suficiente para navegar en los sistemas de salud (69) factores que en conjunto refuerzan las desigualdades en el acceso a la atención.

3.2. Morbi-mortalidad en migrantes internacionales

Diversos estudios han documentado una ventaja en la mortalidad entre personas migrantes internacionales respecto a la población general de los países de destino (41,71–73), fenómeno conocido como el “efecto del migrante saludable” (74). Este se asocia a un proceso de auto-selección que favorece la migración de personas en mejor estado de salud, resultando en tasas de mortalidad estandarizadas más bajas, especialmente en países de altos ingresos (71–73,75), y entre personas provenientes de África, Asia y el sur de Europa (75). La magnitud de esta ventaja varía edad y contexto migratorio, siendo más notoria en personas en edad laboral (30 a 60 años) y se atenúa en jóvenes o personas mayores (75).

Este fenómeno, no se explica solo por el mejor estado inicial de salud de quienes migran, sino por un entramado de factores estructurales y contextuales (75), como condiciones sanitarias y socioeconómicas del país de origen, las oportunidades en el país receptor, la modificación de conductas y estilos de vida, y sesgos, como el de selección y el “efecto salmón”, asociado al retorno de migrantes en fases avanzadas de enfermedad a sus países de origen rigen, lo que subestima la mortalidad en los países de destino (72,73,76). Sin embargo, esta ventaja tiende a diluirse con el tiempo debido a procesos de aculturación proceso de adaptación cultural que ocurre cuando personas o grupos adoptan aspectos de otra cultura con la que interactúan-, precariedad laboral y exposición a riesgos ocupacionales e infecciosos (73,75). Se observa así un aumento de la mortalidad por causas externas y enfermedades transmisibles - tuberculosis, VIH y hepatitis virales (41,71,72)-, tendencia que se acentuó durante la pandemia de COVID-19, revelando la persistencia de desigualdades estructurales en salud (77,78).

La medición de la mortalidad enfrenta desafíos metodológicos derivados de sesgos de registro y selección, especialmente en personas no documentadas o en situación irregular (73). Experiencias como la de Bélgica, que integran registros poblacionales y de mortalidad,

han permitido identificar desigualdades estructurales en el acceso a la atención de salud y su efecto en la mortalidad prematura (73).

Los patrones de morbilidad son dinámicos igualmente y heterogéneos, configurándose a lo largo del ciclo migratorio y están determinados por múltiples factores interrelacionados (41,79). La vulnerabilidad sanitaria se ve reforzada por el hacinamiento, la inseguridad alimentaria, la discriminación, la exposición ambiental y la desprotección legal (41). En particular, las personas en situación migratoria irregular enfrentan mayores barreras de acceso a la atención, lo que limita diagnósticos y tratamientos oportunos (80). Aunque existen diferencias según el origen, el motivo y la situación migratoria, la literatura identifica patrones comunes que afectan sistemáticamente a esta población, evidenciando una carga desproporcionada de enfermedades transmisibles, trastornos de salud mental y afecciones vinculadas al trabajo y a la SSR (41,66).

Las enfermedades transmisibles representan una dimensión crítica de la morbi-mortalidad migrante. Aunque el riesgo de transmisión a la población general es bajo, la carga de tuberculosis, VIH, hepatitis B y C, y malaria es mayor entre migrantes, refugiados y solicitantes de asilo (79,81,82). Los riesgos varían según el ciclo migratorio: en el origen, por la situación epidemiológica y el acceso a vacunación; durante el tránsito, por condiciones precarias; y en el asentamiento, por barreras estructurales y sub diagnóstico (79,82). La evidencia europea muestra alta sub inmunización por esquemas incompletos o falta de documentación (81), lo que refuerza la necesidad de sistemas universales de salud que integren tamizaje y vacunación adaptados al contexto migratorio (79,81,82).

Finalmente, la SSR constituye otro eje relevante de morbilidad y desigualdad. Mujeres, adolescentes y personas LGBTIQ+ enfrentan múltiples barreras de acceso, vinculadas a violencia sexual, embarazos no planificados, trabajo sexual forzado, transmisión no diagnosticada de ITS y deficiencias en atención obstétrica (41,66). Estas condiciones se agravan por marcos legales restrictivos, discriminación institucional y falta de pertinencia cultural en los servicios (80,83).

4. ACCESO Y SITUACIÓN DE SALUD EN MIGRANTES EN CHILE

4.1. Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno se caracteriza por un modelo mixto en el que coexisten el aseguramiento público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y el aseguramiento privado, a cargo de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). FONASA cubre más del 80% de la población (84), en su mayoría perteneciente a los sectores con menor capacidad de pago, mientras que las ISAPRE concentran a grupos de ingresos medios y altos, con planes diferenciados según riesgo y capacidad de cotización (85). Este esquema, aunque ha contribuido a ampliar la cobertura, también ha profundizado

inequidades en el acceso y la calidad de la atención, configurando un sistema segmentado, en el que la población se distribuye en subsistemas paralelos según capacidad de pago y riesgo, reproduciendo desigualdades estructurales (85,86).

En la organización de los servicios, Chile adoptó desde los años ochenta un modelo de atención primaria de salud (APS) de carácter territorial y familiar, que constituye la puerta de entrada al sistema público. La red de APS se estructura principalmente en Centros de Salud Familiar (CESFAM) y sus dispositivos asociados, como los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y las postas rurales. Estos centros son administrados por los municipios bajo la rectoría del Ministerio de Salud y tienen a su cargo poblaciones adscritas, promoviendo un enfoque integral, preventivo y con participación comunitaria (85). La APS concentra cerca del 80% de las consultas del sistema público y es clave en el seguimiento de condiciones crónicas, salud materno-infantil, inmunizaciones y promoción de la salud (85). Sin embargo, el sistema se caracteriza por una marcada fragmentación, ya que la falta de integración y coordinación entre prestadores y niveles asistenciales genera duplicación de funciones, ineficiencias y discontinuidad en la atención. Esta fragmentación también se observa al interior del sector público, donde la articulación entre atención primaria, secundaria y terciaria suele ser limitada, dificultando una respuesta integral a las necesidades de salud (85,86).

En este contexto, la APS se configura como un espacio estratégico para el acceso a la salud de las personas migrantes pero tensionado, donde confluyen la alta demanda de la población general, las desigualdades históricas del sistema y las necesidades específicas de los migrantes. Su capacidad de respuesta depende tanto de la disponibilidad de recursos humanos y financieros como de la integración con redes sociales y comunitarias, que han demostrado ser claves para ampliar la cobertura efectiva y garantizar el derecho a la salud en contextos de movilidad humana.

4.2. Marco normativo sobre el acceso a la salud

Diversos instrumentos internacionales constituyen el marco normativo del Derecho a la Salud. En este contexto, la OMS a través de su resolución A61/17 del año 2008 (87), aborda específicamente esta temática y respalda la implementación de políticas orientadas a garantizar el acceso a servicios de atención sanitaria para las personas migrantes, con independencia de su situación jurídica, en consonancia con el principio de cobertura sanitaria universal. Entre las recomendaciones formuladas por la OMS en materia de salud pública, se incluyen la promoción del acceso equitativo a la atención y promoción de la salud para la población migrante, el fomento de la cooperación bilateral y multilateral entre los países involucrados en los procesos migratorios, y la eliminación de restricciones arbitrarias, prácticas discriminatorias o estigmatizantes basadas en el estado de salud de las personas migrantes. De manera complementaria, una serie de pactos, convenciones y convenios internacionales se complementan con el objetivo de promover a garantizar este derecho.

A nivel de la región de las Américas, los países miembros de la OPS en el año 2014, avanzaron en aprobar la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” para la Región de las Américas (88) que promueve el acceso universal a servicios de salud para todas y todas las personas, incluyendo a las personas migrantes.

En Chile, la protección del derecho a la salud de las personas migrantes se articula a través de un conjunto normativo que abarca niveles constitucionales, legales y reglamentarios. En el plano constitucional, el artículo 19, numeral 9°, de la Constitución Política de la República consagra el derecho a la protección de la salud (89). En conjunto con el numeral 2 del mismo artículo, que establece el principio de igualdad ante la ley, aseguran que toda persona, independientemente de su nacionalidad, goce del derecho a la salud mientras se encuentre en territorio nacional.

A nivel legal, el Decreto Supremo N°67 de 2015 (90), emitido por el Ministerio de Salud, introdujo una modificación significativa al Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2006. En esta modificación se incorporó una cuarta causal de carencia de recursos, referida específicamente a personas migrantes en situación irregular: “Tratarse de una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos”. Esta inclusión permite que personas migrantes en situación migratoria irregular puedan acceder a las prestaciones de salud otorgadas por el Estado, bajo el régimen de Fonasa en la modalidad de atención gratuita.

En el ámbito reglamentario, la Circular A15/04 del 13 de junio de 2016 del Ministerio de Salud cumple una función clave en la implementación de esta normativa. Este instructivo operacional detalla los procedimientos administrativos que deben seguir los establecimientos de salud pública para garantizar el acceso a la atención sanitaria de personas migrantes en situación irregular y sin recursos económicos. En particular, establece mecanismos de registro, validación y atención que buscan asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, bajo principios de no discriminación y enfoque de derechos humanos. Posteriormente, se emite la Circular N°A15/ N°05 del 03 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud, la cual deja sin efecto la anterior y se incorpora la circunstancia para garantizar el acceso a la salud a aquellas personas que carecen de documentación de identidad o permiso de residencia.

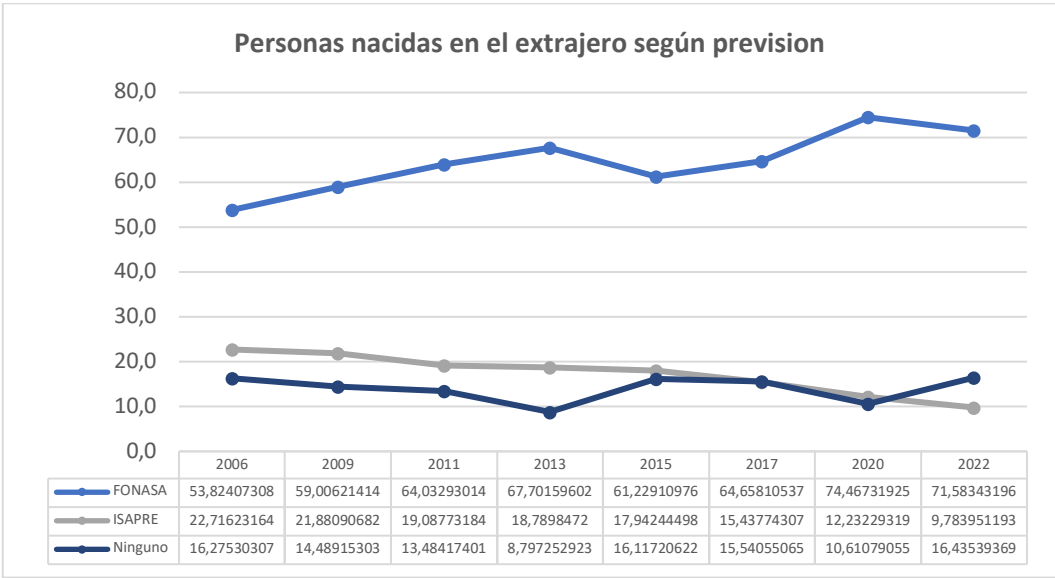
4.3. Acceso y situación de salud de migrantes en Chile

En relación a el acceso y situación de salud de las personas nacidas en él se presenta un análisis de los datos extraídos de la sección “salud” de la encuesta CASEN sus versiones del año 2009 al 2022 (34). En esta, se puede observar la evolución a los largo de los años y en algunos comparar con la población chilena.

De acuerdo con la encuesta CASEN, desde 2006 el sistema público de salud (FONASA) ha concentrado la mayor afiliación tanto de personas chilenas como migrantes. En esta última

población, la cobertura aumentó de 53,8% en 2006 a 71,6% en 2022 (**Gráfico 4**), en concordancia con el crecimiento de la migración en el país. En contraste, la afiliación a ISAPRE ha disminuido, mientras el antecedente de mayor preocupación, es que la proporción de personas migrantes sin previsión de salud alcanzó su punto más alto en 2022 (16,4%), marcando una amplia brecha respecto a la población chilena (1,7%).

Gráfico 4 Personas nacidas en el extranjero según previsión de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de estadísticas de salud CASEN 2022.

En 2022, la tasa de atención médica entre personas migrantes que reportaron haber presentado un problema de salud en los últimos tres meses, alcanzó su nivel más bajo, con un 83,6%, en contraste con el 90,5% registrado en la población chilena (**Gráfico 5**). Por otra parte, al analizar el porcentaje de quienes, habiendo recibido atención, declararon haber enfrentado dificultades para acceder a los servicios, se observa un cambio en la tendencia: mientras en los años 2015 y 2017 las personas chilenas reportaron en mayor proporción estos problemas, en 2022 esta situación se revierte, siendo la población migrante la que presenta una mayor proporción de dificultades, con un 39,8% (**Gráfico 6**).

Gráfico 5 Tasa de atención médica en personas migrantes

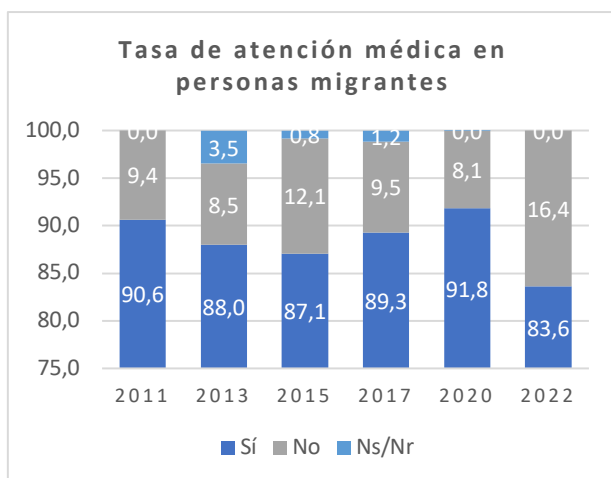
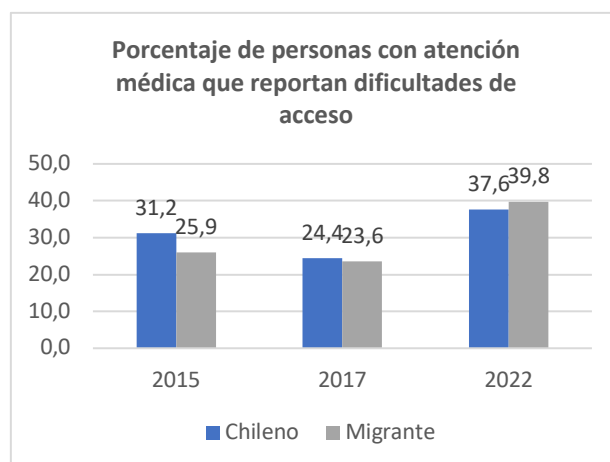


Gráfico 6 Porcentaje de personas con atención médica que reportan dificultades de acceso



Fuente: Elaboración propia con datos de estadísticas de salud CASEN 2022.

Por otro lado, entre 2011 y 2022 se observa un aumento progresivo en la utilización de prestaciones de salud por parte de la población migrante en Chile, especialmente en áreas como medicina general, atención dental, controles médicos y exámenes de laboratorio. Sin embargo, persisten brechas importantes en comparación con la población chilena. En 2022, las personas migrantes reportaron un menor uso de casi todos los servicios respecto de los chilenos, destacando diferencias notorias en controles médicos (33,5% en migrantes vs. 51,7% en chilenos), consultas de medicina general (14,8% vs. 23,1%) y atención de especialidad (10,6% vs. 18,2%). Esta disparidad se evidencia también en el acceso a salud mental, donde la utilización por parte de personas migrantes fue la mitad que la de la población chilena (3,3% vs. 6,7%). Estos datos revelan inequidades estructurales que afectan el acceso oportuno y equitativo de las personas migrantes a los servicios de salud, pese a los avances en cobertura general.

Complementariamente, el análisis de los egresos hospitalarios en Chile durante el período 2015-2019, previo a la pandemia por COVID-19 (91), revela transformaciones significativas al comparar a la población nacional con las personas migrantes internacionales. En dicho periodo, los egresos hospitalarios de personas migrantes aumentaron en un 203%, pasando de 12.584 en 2015 a 38.096 en 2019, lo que refleja tanto el crecimiento de esta población como una mayor utilización del sistema hospitalario. En ambos grupos poblacionales, la principal causa de egreso hospitalario correspondió a embarazo, parto y puerperio; sin embargo, su peso relativo fue considerablemente mayor en la población migrante (52%-53%) que en la nacional (15%-19%), evidenciando un perfil demográfico más joven y predominantemente femenino entre las personas migrantes atendidas (91).

Al excluir los egresos por causas obstétricas, las cuatro principales causas de hospitalización entre personas migrantes en 2019 fueron: enfermedades del sistema digestivo; traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas; neoplasias (tumores); y

enfermedades del sistema genitourinario. Estas condiciones representaron conjuntamente el 58,1% del total de egresos hospitalarios de personas migrantes. En el caso de la población nacional se observó un patrón similar, salvo por la inclusión de enfermedades del sistema respiratorio en lugar de neoplasias entre las cuatro causas principales.

En síntesis, el análisis evidencia avances en la cobertura de salud de la población migrante en Chile, especialmente en el sistema público, pero también revela brechas persistentes en el acceso y uso de servicios. Las diferencias en afiliación previsional, atención médica y causas de hospitalización reflejan desigualdades estructurales que requieren respuestas desde políticas públicas sensibles al contexto migratorio, con enfoque interseccional y de derechos.

5. SALUD SEXUAL

La salud sexual, tal como ha sido definida por la OMS, se entiende como un proceso continuo de bienestar físico, emocional, mental y sociocultural relacionado con la sexualidad (92). Esta concepción, construida progresivamente a través de debates técnicos, integra a la salud reproductiva, pero la trasciende al reconocer que la sexualidad constituye una dimensión central de la vida humana, vinculada al placer, la comunicación, el consentimiento y la libertad, y no únicamente a la reproducción biológica (93). En este sentido, la salud sexual implica el pleno ejercicio de los derechos sexuales, que comprenden el derecho a alcanzar el más alto nivel posible de bienestar sexual, libres de coerción, discriminación y violencia, así como el acceso a servicios de SSR y a información y educación integral en sexualidad.

El enfoque de salud y derechos sexuales y reproductivos (DSR) se ha consolidado como un pilar del desarrollo sostenible, dada su relación con la equidad de género, la autonomía corporal y su impacto en la salud materna, neonatal, infantil y adolescente (94).

En años recientes, la Guttmacher–*Lancet* Commission han avanzado hacia una definición más integrada de SSR, entendida como “un estado de bienestar integral en relación con la sexualidad y la reproducción. Este enfoque no se limita a la ausencia de enfermedades, sino que enfatiza la importancia de las experiencias sexuales placenteras, el consentimiento, la comunicación y el respeto mutuo como condiciones fundamentales del bienestar. Además, afirma que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones libres sobre su cuerpo y a acceder a servicios que garanticen ese derecho” (94). Desde esta perspectiva, el bienestar sexual constituye un indicador clave de salud pública, al reflejar las desigualdades estructurales que condicionan el ejercicio de los derechos sexuales, entre ellas la discriminación étnica, racial o migratoria, la violencia de género y por identidad sexual, y la carga desproporcionada de ITS y VIH que enfrentan poblaciones históricamente excluidas (95). Reconocer estas desigualdades es fundamental para orientar políticas sanitarias más justas, inclusivas y culturalmente pertinentes.

5.1. Dinámicas globales de la salud sexual

Desde la perspectiva de esta tesis, la salud sexual se concibe como un derecho humano fundamental vinculado a la autonomía, el placer y la libertad de decisión, y no solo a la reproducción. Su comprensión requiere abordar las desigualdades estructurales, las violencias y los condicionantes sociales que limitan su ejercicio pleno a nivel global.

En 2021, de los 1.900 millones de mujeres en edad reproductiva a nivel mundial, 966 millones utilizaban algún método anticonceptivo: 874 millones empleaban métodos modernos (77 %) y 92 millones métodos tradicionales (8 %). No obstante, se estimó que 164 millones de mujeres (alrededor del 16 %) deseaban evitar un embarazo y no utilizaban ningún método, lo que evidencia una significativa necesidad insatisfecha de planificación familiar (96). El uso anticonceptivo varía según la edad, el estado civil y la región: es más alto entre mujeres de 25 a 44 años y considerablemente más bajo entre adolescentes y mujeres jóvenes. África subsahariana presenta una de las coberturas más bajas del mundo, con solo un 56 % de necesidades satisfechas mediante métodos modernos, pese a los avances logrados desde 1990 (96).

A nivel global, las mujeres casadas o en unión tienden a utilizar con mayor frecuencia métodos permanentes o reversibles de larga duración, mientras que las mujeres solteras (en su mayoría jóvenes) prefieren métodos de corta duración. Estos últimos predominan en regiones como América Latina, el Caribe, Europa y África subsahariana, mientras que en Asia meridional y oriental prevalece el uso de métodos de larga duración. En ningún contexto regional los métodos tradicionales son los más utilizados (96). Entre los países que han mostrado mayores avances en cobertura, los anticonceptivos inyectables han tenido un papel destacado, junto con los implantes, los preservativos masculinos y los anticonceptivos orales, que en conjunto explican gran parte del aumento en el uso de métodos modernos de planificación familiar en la última década (96).

La necesidad insatisfecha de anticoncepción es especialmente alta entre mujeres casadas, adolescentes, habitantes de zonas rurales y aquellas con menor nivel educativo (97). Las razones más frecuentes para no usar anticonceptivos incluyen preocupaciones por efectos secundarios, baja frecuencia de relaciones sexuales, oposición de terceros y creencias asociadas a la lactancia o a la amenorrea posparto (97,98). Estas barreras varían según el contexto socioeconómico y geográfico: los temores a efectos adversos y la baja frecuencia sexual son más comunes entre mujeres con mayores recursos, mientras que la oposición, la falta de acceso y la escasa información afectan principalmente a mujeres en situación de pobreza (97,98). Esta realidad refleja desigualdades persistentes en el acceso a servicios de SSR, y destaca la necesidad de estrategias diferenciadas y culturalmente pertinentes que respondan a las diversas realidades de las mujeres.

Entre 2015 y 2019 se estimaron 121 millones de embarazos no deseados al año a nivel mundial, con una tasa de 64 por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años (99). De estos, el 61 %

terminó en aborto, lo que equivale a 73,3 millones de abortos anuales y una tasa global de 39 abortos por cada 1.000 mujeres. Aunque la tasa global de embarazos no planificados ha disminuido un 18% desde 1990, la proporción que finaliza en aborto ha aumentado, manteniendo estable la tasa global de abortos. Europa y América del Norte han registrado los mayores avances, con una reducción del 47% en la tasa de embarazos no deseados respecto de 1990 (99). La tasa de embarazos no deseados muestra una relación inversa con el nivel de ingreso de los países, siendo más alta en contextos de bajos ingresos (93 por cada 1.000 mujeres), en comparación con países de ingresos altos (34 por cada 1.000). También es más alta en países donde el aborto está legalmente restringido (73 por cada 1.000 mujeres) que en aquellos donde es ampliamente legal (58 por cada 1.000). Sin embargo, la tasa de aborto se mantiene similar entre ambos contextos: 36 en países con restricciones y 40 en países con marcos legales amplios. Al excluir a India y China, la diferencia se acentúa: la tasa de embarazos no deseados cae a 50 y la de abortos a 26 en países con aborto legal (99).

En general, alrededor de la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto, proporción que asciende al 70% en países donde el aborto es legal, lo que sugiere un mayor acceso a servicios seguros y oportunos (99). Estos hallazgos evidencian que la legalidad del aborto no elimina su práctica, pero sí se asocia a menores tasas de embarazos no deseados, lo que refuerza la necesidad de garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de SSR, incluyendo la anticoncepción, la educación sexual y la atención del aborto en condiciones seguras y legales.

En el análisis previo, no fue posible determinar con claridad las características del acceso al aborto en contextos de restricción legal. El aborto es un procedimiento muy seguro cuando se realiza según estándares médicos, pero se estima que entre 2010 y 2014 el 45% de los abortos en el mundo fueron inseguros en gran parte debido a la falta de acceso, costo y empoderamiento para buscar servicios seguros. De estos, un 31 % fueron realizados con métodos obsoletos o sin supervisión adecuada, y un 14 % con métodos peligrosos por personas no capacitadas (100). La inseguridad es mayor en regiones en desarrollo (50%) frente al mundo desarrollado (13%), con cifras alarmantes en África occidental (85%) y central (88 %) (100). La inseguridad no solo se vincula al método o al proveedor, sino también a factores como la criminalización, el estigma y la falta de acceso. Muchos abortos inseguros representan un grave riesgo para la salud de las mujeres. Estos datos refuerzan la urgencia de garantizar el acceso universal a servicios de aborto seguro, legal y libre de estigmas (94).

La violencia sexual constituye una grave vulneración de los derechos humanos y un obstáculo estructural para el ejercicio de la SSR. Según la OMS comprende “todo acto sexual o intento de obtenerlo mediante coerción, sin importar la relación con la víctima” (101). A nivel global, se estima que una de cada tres mujeres (29%) ha sufrido algún tipo de violencia sexual a lo largo de su vida, y que el 6% de las mujeres de 15-49 años ha sido víctima de violencia sexual perpetrada por personas que no son pareja (102,103); además, alrededor del 27 % ha experimentado violencia física o sexual en el marco de relaciones de pareja (103).

En la niñez y la adolescencia, un análisis global reciente estimó una prevalencia de 18,9 % en niñas y 14,8 % en niños (104). En conjunto, estas formas de violencia configuran una de las expresiones más persistentes de desigualdad estructural, con consecuencias duraderas en la salud física, mental y reproductiva, y subrayan la necesidad de políticas integrales de prevención, atención y reparación basadas en un enfoque de DSR.

En conclusión, la reducción de embarazos no deseados y el acceso a servicios de aborto seguro no dependen únicamente de la disponibilidad de métodos anticonceptivos o de la existencia de marcos legales progresistas. Tal como advierte la literatura reciente (105), la persistencia de restricciones normativas, el estigma social y las desigualdades estructurales continúan limitando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente entre adolescentes, mujeres jóvenes y aquellas en contextos de mayor vulnerabilidad. Superar estas barreras exige no solo avances médicos, sino también un compromiso político y social sostenido que garantice el acceso universal, seguro y libre de discriminación a servicios integrales de SSR.

5.1.1. Dinámica global de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un importante problema de salud pública a nivel global, no solo por su elevada prevalencia, sino también por sus graves consecuencias clínicas que generan cuando no son diagnosticadas ni tratadas oportunamente. Muchas ITS cursan de manera asintomática, lo que dificulta su detección precoz y favorece la transmisión a otras personas. Su evolución no tratada puede derivar en complicaciones severas como neoplasias, dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazos ectópicos, además de aumentar el riesgo de transmisión vertical durante la gestación o el parto. Asimismo, la presencia de una ITS puede incrementar la vulnerabilidad frente a la adquisición y transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que refuerza la necesidad de estrategias integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Según la OMS, cada día se producen más de un millón de nuevas ITS (106). En 2020, se estimaron 374 millones de nuevas infecciones entre personas de 15 a 49 años, correspondientes a cuatro ITS curables: clamidia (129 millones), gonorrea (82 millones), tricomoniasis (156 millones) y sífilis (7,1 millones). Estas cifras reflejan la magnitud global del problema y sus implicancias para la equidad en el acceso a servicios de SSR (106). En términos de prevalencia, en 2016 las mujeres presentaron mayores tasas en la mayoría de las ITS: clamidia (3,8%), gonorrea (0,9%), tricomoniasis (5,3%) y sífilis (0,5%), mientras que en hombres las cifras fueron levemente inferiores (107). También se observa una distribución desigual a nivel territorial: la prevalencia de gonorrea, sífilis y tricomoniasis es más alta en países de bajos ingresos, mientras que la clamidia se concentra en países de medianos-altos ingresos, incluyendo varias zonas de América Latina (107).

Aunque la carga global de ITS, incluidas las cuatro ITS anteriores y el herpes genital, muestra una tendencia ligeramente descendente, las cifras continúan siendo preocupantes.

Según estimaciones basadas en el estudio Global Burden of Disease 2019, entre 1990 y 2019 la tasa de incidencia estandarizada por edad disminuyó apenas $-0,04\%$ anual, alcanzando los 9.535 casos por 100.000 personas-año. Asimismo, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALYs) disminuyeron a una tasa de $-0,92\%$ anual, situándose en 22,7 por 100.000 personas-año en 2019 (108). No obstante, diversos autores advierten que estas cifras probablemente subestiman la verdadera magnitud del problema debido a limitaciones metodológicas (109). Persisten, además, fuertes disparidades regionales: África subsahariana y América Latina concentran las tasas más elevadas, y África subsahariana registra la mayor carga de AVAD (108). Por edad, los adolescentes presentan las tasas de incidencia más altas, con un aumento sostenido de la sífilis desde 2010; por sexo, los hombres muestran mayor incidencia, mientras que las mujeres concentran una mayor carga de AVAD (108). Estas desigualdades reflejan barreras persistentes en el diagnóstico, tratamiento y atención integral en salud sexual.

Diversos factores estructurales podrían explicar la persistencia de esta carga en regiones como África subsahariana y América Latina, destacando la pobreza, las limitaciones en el acceso a servicios de salud, bajo conocimiento en salud sexual, y la insuficiente cobertura diagnóstica y terapéutica (108). Estas condiciones hacen que los países de bajos y medianos ingresos sean más vulnerables frente a las ITS, lo que evidencia la urgencia de incorporar enfoques interseccionales y de equidad de género en las políticas de salud sexual, así como de priorizar recursos y acciones específicas en estos contextos.

Dentro de este panorama, el VIH constituye un desafío particular, tanto por su magnitud epidemiológica como por las metas internacionales de control establecidas para 2030. La OMS plantea los objetivos 95-95-95: que el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, que el 95% acceda a tratamiento antirretroviral (TAR) y que el 95% logre supresión viral. Según el informe “The urgency of now: AIDS at a crossroads” de UNAIDS (110), en 2023 se estimó que 39,9 millones de personas vivían con VIH, de las cuales el 86% conocía su diagnóstico, el 89% accedía a tratamiento, y el 93% de ellas tenía supresión viral. Ese mismo año, se registraron 630.000 muertes asociadas al sida, una reducción del 69% respecto al peak de 2004.

La prevalencia global del VIH en la población general (15 a 49 años) se mantiene en torno al 0,8%, pero alcanza cifras mucho más elevadas en poblaciones clave: 9,2% en personas trans, 7,7% en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 5% en personas que se inyectan drogas, 3% en trabajadores/as sexuales, 2,3% entre mujeres jóvenes en África oriental y meridional, y 1,3% entre personas privadas de libertad (110). Estas disparidades reflejan profundas brechas estructurales en acceso, prevención y tratamiento del VIH, fuertemente mediadas por el estigma, la criminalización y la desigualdad social.

En cuanto a las nuevas infecciones, en 2023 se estimó que 1,3 millones de personas adquirieron VIH, lo que representa una reducción del 39% respecto a 2010, aunque aún distante de la meta global de 370.000 nuevas infecciones para 2025 (110). África

subsahariana lidera la disminución (−56%), mientras que regiones como Europa oriental y Asia central, Oriente Medio y el norte de África, y América Latina muestran incrementos preocupantes (110). Particularmente en América Latina, entre 2010 y 2023 se observó un aumento del 9% en las nuevas infecciones por VIH (110), concentrándose en poblaciones clave y sus parejas sexuales (66% el año 2022); en comparación con 2010, las infecciones aumentaron un 20% en HSH, un 42% en personas que ejercen trabajo sexual y un 19% en mujeres trans (110). Este patrón confirma la persistencia de desigualdades estructurales que sostienen la epidemia en contextos de alta vulnerabilidad social.

En conclusión, la persistencia de altas tasas de ITS y VIH en regiones como África subsahariana y América Latina no puede explicarse sólo por factores biomédicos, sino por desigualdades históricas y estructurales vinculadas a la pobreza, la exclusión y el estigma..

5.2. Salud sexual en Chile

5.2.1. Caracterización de la salud sexual en Chile

La Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) 2022-2023 (111) constituye el diagnóstico más reciente sobre la salud sexual de la población adulta en Chile, abarcando dimensiones como comportamientos sexuales, acceso a servicios de SSR, y derechos reproductivos. Los resultados muestran que el 94,3% de la población se identifica como heterosexual, mientras que un 4,0% declara una orientación sexual diversa, con diferencias por sexo: 2,5% de los hombres se reconocen como homosexuales y 2,5% de las mujeres como bisexuales. En cuanto al bienestar sexual subjetivo, medido en una escala de 1 a 7, el promedio nacional alcanza 5,03 puntos, observándose una brecha significativa entre hombres (5,35) y mujeres (4,83) (112).

La edad promedio de iniciación sexual es de 17,7 años, aunque el 12,6% declara haber iniciado antes de los 15 años. Las prácticas anticonceptivas reflejan patrones diferenciados: el 35,2% utilizó métodos en la primera relación sexual, proporción aumenta considerablemente entre jóvenes de 18 a 29 años (65,8% en mujeres y 62,3% en hombres). Sin embargo, se observa una disminución en el uso de preservativo, desde 30,2% en la primera relación sexual hasta 17,5% en la última relación sexual del último año, tendencia más marcada en población heterosexual (16,7%) frente personas con orientación homosexual o bisexual (33,4%) (112).

El acceso a servicios especializados muestra marcadas inequidades de género, mientras el 71,2% de las mujeres ha accedido a controles ginecológicos (de sexualidad, anticoncepción o ITS), solo el 26,7% de los hombres ha utilizado servicios de SSR. En tamizaje preventivo, poniendo en contexto que el Papanicolau es una estrategia de tamizaje poblacional en el Sistema Público de Salud Chileno, el 86,3% de las mujeres entre 25 y 64 años ha accedido en los últimos tres años, y el 50,9% de las mayores de 50 años a una mamografía en los

últimos dos años (112). En hombres, el 80,1% de los mayores de 50 años ha realizado un examen de antígeno prostático al menos una vez en la vida, el 36,3% (113).

La experiencia reproductiva refleja un promedio de 2,8 embarazos por mujer, de los cuales el 47,7% no fue planificado (112). En el contexto del marco legal restrictivo chileno, donde el aborto está despenalizado únicamente en tres causales, riesgo vital para la madre (N°1), inviabilidad fetal (N°2) y violación (N°3) según la Ley 21.030 (Ley IVE), el 55,5% de la población respalda el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo cuando no desean ser madres. En la práctica, el 7,4% de las mujeres con embarazos ha intentado interrumpirlo sin éxito, y el 3,5% ha logrado abortar al menos una vez en su vida (112). Desde la implementación de la Ley IVE en 2018 hasta mayo de 2025 (114), se han registrado 6.249 consultas en centros de salud, de las cuales el 85,5% culminó en la interrupción del embarazo (5.324 procedimientos). La causal más frecuente ha sido la inviabilidad fetal (43,4%), aunque la causal por violación ha mostrado un aumento progresivo, pasando del 18% en 2018 al 37,7% en 2024 (114).

La encuesta ENSSEX también visibiliza una problemática crítica en torno a la violencia sexual: un 11,6% de la población adulta ha experimentado abuso sexual, con mayor prevalencia en (15,9%) frente a hombres (7,0%). Las mujeres indígenas registran tasas más altas (18,9%) que las no indígenas (15,7%). En el 29,0% de los casos el agresor fue un familiar, y en el 3,2% uno de los progenitores. La mediana de edad de ocurrencia fue 12 años, siendo mayor en hombres (16 años) que en mujeres (14 años) (112).

En relación con las ITS, el 25,5% de la población reporta haber tenido alguna en los últimos cinco años, con mayor prevalencia en mujeres (26,8%) que en hombres (23,7%). El Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye la ITS más frecuente (2,4%), seguida por gonorrea (0,7%) y tricomoniasis (0,5%). El patrón epidemiológico difiere por sexo: en mujeres predominan VPH/condilomas (3,4%) y tricomoniasis (1%), mientras que en hombres son más frecuentes VPH/condilomas (1,3%) y gonorrea (1,2%) (113). La detección de VIH muestra que el 22,7% de la población se ha realizado la prueba en los últimos 12 meses, siendo más frecuente en mujeres (26,2%) que en hombres (18,9%), con mayor prevalencia en el grupo etario de 30 a 39 años (29,4%) (113).

5.2.2. Situación epidemiológica de ITS y VIH/Sida en Chile

En la última década, las ITS han experimentado cambios epidemiológicos relevantes en Chile, particularmente en sífilis, gonorrea y VIH. La sífilis ha alcanzado en 2022 su tasa más alta de la última década con 48,3 casos por 100.000 habitantes (115), manteniéndose desde 2017 aumento sostenido, interrumpido sólo en 2020 por la pandemia de COVID-19. Entre 2018 y 2022, los hombres presentan consistentemente tasas más altas (2:1 respecto a mujeres) (115), concentrándose en el grupo de 20 a 39 años (68% de los casos) y en las regiones del norte de Chile. Las personas migrantes han adquirido un rol creciente, pasando del 12,4% de los casos en 2018 al 19,5% en 2022 (115).

La infección gonocócica, en cambio, mostró un alza progresiva desde 2013 hasta 2018 (16,2 casos por 100.000 habitantes), seguida de una caída en 2020 por la pandemia, estabilizándose luego en torno a 6 casos por 100.00 (116). Entre 2018 y 2022, el 85% de las notificaciones correspondió a hombres, especialmente del grupo de 20-24 años con 21,9 casos por 100.000 habitantes en 2022. La distribución geográfica evidenció un predominio en la macrozona norte del país. Los casos en personas de nacionalidad extranjera se duplicaron (de 8,2% al 16,1%), mientras que el 3% declaró pertenecer a pueblos originarios (116).

El VIH constituye la problemática más compleja dentro del panorama de las ITS en Chile. Según estimaciones de ONUSIDA (117), en 2023 se calculan 91.000 personas viviendo con VIH (PVVIH) en Chile, el 84,6% hombres mayores de 15 años. La prevalencia en la población de 15 a 49 años es del 0,7%, con una incidencia anual de 0,33 casos por cada 1.000 personas. Para ese año se proyectaron 3.400 nuevas infecciones, esto representa un aumento del 14% respecto a 2010, las estimaciones previas mostraron un alza de hasta 59% al 2022. A pesar de esta tendencia ascendente, ONUSIDA reportó que el 97% de las PVVIH conoce su diagnóstico, pero solo el 70% accede a tratamiento y el 66% alcanza supresión viral (117).

En Chile, el VIH constituye una enfermedad transmisible de notificación obligatoria. El proceso de confirmación y notificación se desarrolla mediante un circuito de tres etapas que integra confirmación diagnóstica, notificación clínica y seguimiento epidemiológico: los laboratorios envían muestras reactivas al Instituto de Salud Pública (ISP) para confirmación; el ISP confirma los casos e informa simultáneamente a la autoridad sanitaria nacional que es el Ministerio de Salud (MINSAL) y local que es la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI), mientras el médico tratante completa la notificación en el sistema EPIVIGILA; finalmente, la SEREMI valida las notificaciones y realiza el seguimiento epidemiológico regional, retroalimentando al sistema a nivel nacional.

Los datos de confirmación diagnóstica del ISP registraron 4.795 casos nuevos en 2023 y 4.327 en 2024 (118). El análisis temporal muestra un aumento sostenido entre 2013 y 2018, alcanzando un máximo de 6.948 casos, seguido de una disminución durante el primer año de pandemia (4.446 casos en 2020), para posteriormente incrementarse hasta 5.401 casos en 2022 (118). Según el último informe epidemiológico anual del MINSAL correspondiente a 2021 (119), las mayores tasas de confirmación se concentraron en las regiones del norte del país: Arica y Parinacota (52,9), Tarapacá (43,5) y Antofagasta (37,1) casos por 100.000 habitantes.

Respecto a la notificación, en 2021 se registraron 4.021 casos, el 83,2% en hombres, estableciendo una razón de 5,1 hombres por mujer (119). Las mayores tasas se registraron en el grupo de 25 a 29 años con 54,4 casos por 100.000 habitantes. La transmisión sexual constituyó la principal vía, siendo las relaciones sexuales homosexuales la posible vía de

transmisión declarada en el 53,5% de los casos (120). Este patrón confirma que la epidemia del VIH que continúa concentrada principalmente en el grupo HSH (121). Mientras que, adicionalmente se evidencia incremento significativo en la población de nacionalidad extranjera, representando el 33,8% de las notificaciones en 2021, comparado con el 20,2% registrado en 2017 (119).

5.3. Salud sexual y migración

5.3.1. Acceso a salud sexual en migrantes

Las necesidades de SSR de las poblaciones migrantes constituyen un desafío complejo y multidimensional, atravesado por riesgos específicos y múltiples barreras que profundizan las inequidades sanitarias. Las niñas, adolescentes y mujeres migrantes enfrentan una especial vulnerabilidad frente a la violencia sexual, el abuso y la explotación, acentuada por prácticas culturales como los matrimonios precoces o forzados, la mutilación genital femenina y normas sociales que restringen su autonomía sexual y reproductiva (41). Estas condiciones dificultan el acceso a servicios ginecológicos y obstétricos, generando temor a la discriminación, la estigmatización o el rechazo, que frecuentemente disuade la búsqueda de atención y repercute significativamente en su salud física y mental (41).

De manera similar, las personas migrantes LGBTI se enfrentan a un mayor riesgo de violencia sexual, estigmatización y exclusión, especialmente en contextos donde la diversidad sexual es penalizada o severamente rechazada. Esta situación incrementa su invisibilidad y restringe sus posibilidades de acceder a servicios integrales y culturalmente pertinentes, perpetuando un ciclo de exclusión y deterioro de la salud sexual (41).

A estas múltiples vulnerabilidades se suman barreras estructurales, legales, económicas, culturales y comunicativas que restringen el acceso efectivo a servicios de SSR y desincentivan su utilización (66,122). Su impacto es particularmente severo en el caso de las mujeres migrantes, quienes suelen ver limitado su acceso a controles prenatales, métodos anticonceptivos y atención especializada ante violencia sexual (123). Estas limitaciones incrementan el riesgo de morbilidad materna, complicaciones graves durante el embarazo y el posparto, y elevan la incidencia de mortalidad materna, fetal y neonatal, además de la depresión posparto (124).

5.3.2. Situación de salud sexual en migrantes a nivel mundial

La evidencia respecto a la situación de salud sexual y acceso a servicios específicos en migrantes, es escasa, de tal manera que constituye una dificultad para realizar una caracterización acabada de esta.

El acceso desigual a métodos anticonceptivos y a servicios de SSR sitúa a las personas migrantes en una posición de alta vulnerabilidad frente al embarazo no deseado y al aborto inseguro. La literatura muestra un menor uso de anticonceptivos modernos y una mayor

necesidad insatisfecha de planificación familiar de las personas migrantes respecto a la población local, lo que se explica debido a barreras estructurales como idioma, situación migratoria y falta de cobertura sanitaria (125–127). Mientras que, la movilidad, la fragmentación de los sistemas de salud y la falta de consejería culturalmente pertinente limitan la continuidad del uso de métodos modernos (126,128). Estas limitaciones se traducen en mayor frecuencia de embarazos no planificados y en un acceso restringido al aborto seguro, condicionado por la criminalización, el estigma y el temor a la deportación (66,127,129).

Por otro lado, la violencia sexual constituye una de las expresiones más extremas de vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes y refugiadas a lo largo del ciclo migratorio. Revisión sistemática y metaanálisis recientes estiman que entre el 18% y el 21% de las mujeres refugiadas o desplazadas han experimentado algún tipo de violencia sexual, con mayor riesgo durante el tránsito y en contextos de detención o precariedad (130–132). Factores como la dependencia económica, la situación migratoria irregular y la falta de protección institucional incrementan la exposición y reducen la posibilidad de denuncia o atención oportuna (133,134). Además, la revictimización, el estigma y las barreras lingüísticas dificultan el acceso a atención médica, salud mental y justicia (132). Estas condiciones evidencian la necesidad de respuestas integrales que incorporen prevención, atención especializada y reparación con enfoque de derechos humanos y salud sexual.

En relación con las ITS, la evidencia internacional muestra que las poblaciones migrantes y desplazadas presentan una mayor prevalencia de VIH, el virus de la hepatitis B y C, y sífilis, en comparación con las poblaciones de acogida (135). Si bien, resulta difícil determinar el momento de adquisición de la infección, los estudios indican que la prevalencia del VIH es sistemáticamente superior en migrantes respecto de la población autóctona, con una razón de prevalencia (RP) estimada en 1,70 (136). Esta diferencia es aún más pronunciada en refugiados (RP = 2,37), inmigrantes en situación migratoria irregular (RP = 3,98) y especialmente en solicitantes de asilo (RP = 54,79). Los migrantes provenientes de países de África muestran una RP más elevada (RP = 4,12). Asimismo, dentro de los distintos subgrupos, las mujeres migrantes embarazadas registran una prevalencia considerablemente mayor que sus contrapartes autóctonas (RP = 15,15) (136). Estas cifras subrayan la necesidad de diseñar políticas inclusivas que aseguren servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento adaptados a las necesidades específicas de la población migrante.

5.3.3. Situación de salud sexual en migrantes en Chile

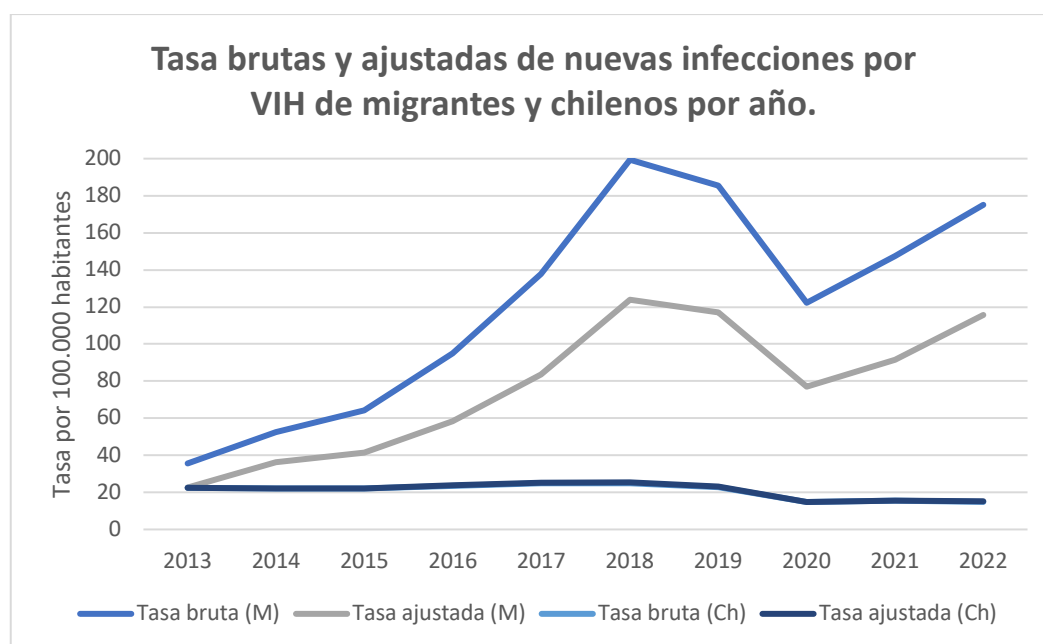
En Chile, la información sobre salud sexual en población migrante es aún más limitada pero creciente. Estudios indican que las personas migrantes, en particular mujeres y comunidad de diversidad sexo-genérica, experimentan brechas para el acceso a la SSR (137,138). Asimismo, se ha evidenciado que las adolescentes migrantes tienen un riesgo 2,7 veces mayor de embarazo no planificado que las adolescentes chilenas (139). En términos poblacionales, los nacimientos de madres extranjeras representan aproximadamente el

18,9% del total nacional, predominando mujeres de origen venezolano, haitiano y colombiano (140). Respecto del aborto, la información disponible se restringe a los casos notificados bajo la Ley N.º 21.030, que autoriza la interrupción del embarazo en tres causales; no existen registros desagregados por nacionalidad ni situación migratoria (114).

En Chile, el comportamiento epidemiológico de las ITS también presentan desigualdades significativas que afectan especialmente a la población migrante. Durante el quinquenio 2018-2022, los casos de sífilis notificados en personas migrantes aumentaron del 12,4% al 19,5% del total nacional; la mayoría correspondió a hombres (64,9%) provenientes de países de América del Sur (88,2%), y concentrándose principalmente en la Región Metropolitana, Antofagasta y Tarapacá, territorios que coinciden con los principales polos migratorios del país(115). De manera similar, los casos de gonorrea en población extranjera se duplicaron en el mismo periodo, pasando del 8,2% al 16,1% (116).

Respecto al VIH, un estudio que analizó los registros de nuevas infecciones confirmadas por el ISP entre 2013 y 2022, evidenció que la incidencia ha sido sistemáticamente más alta en migrantes internacionales que en la población chilena, tanto en tasas crudas como ajustadas por edad (141). Mientras en los migrantes la tasa ajustada aumentó de 22,6 a 115,6 nuevas infecciones por cada 100.000 habitantes, en la población chilena fluctuó de 22,3 a 15,2 (Ver **Gráfico 7**). En su punto más alto, la incidencia ajustada en migrantes llegó a ser 7,6 veces superior a la observada en chilenos (141). Complementariamente, según informes del MINSAL, muestran que los casos notificados en población migrante aumentaron considerablemente, pasando 20,2% en 2017 al 33,8% en 2021, reforzando la evidencia de una mayor carga de VIH en este grupo (120).

Gráfico 7 Tasas brutas y ajustadas de nuevas infecciones por VIH en migrantes internacionales y nacionales en Chile, 2013-2022



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio “Rate estimation and trend analysis of new HIV infections among the international migrant population in Chile from 2013 to 2022”, de Rodrigo Puentes y col (141).

Este escenario evidencia cómo la intersección de múltiples ejes de vulnerabilidad (género, clase social, origen étnico y situación migratoria) configura experiencias persistentes de exclusión que se traducen en mayores riesgos para la SSR. Enfrentar este desafío sanitario exige implementar estrategias de prevención, diagnóstico y atención que sean interseccionales, culturalmente pertinentes y sensibles a la diversidad, asegurando así el ejercicio pleno de los DSR de las personas migrantes.

5.3.4. Indicadores de monitorización de salud sexual en población migrante

La evidencia disponible sobre el estado y el acceso a servicios de salud sexual en población migrante sigue siendo escasa tanto a nivel internacional como nacional lo que dificulta comprender la magnitud y las causas de las desigualdades que enfrentan estos grupos. En este contexto, la OMS y la OPS han destacado la importancia de fortalecer los sistemas de información en salud, asegurando su desagregación por sexo, edad, nivel socioeconómico y condición migratoria, con el fin de monitorear las desigualdades en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (142,143). Los indicadores de salud sexual son una herramienta esencial para visibilizar brechas, orientar políticas públicas y evaluar el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, equidad y desarrollo sostenible (142–144).

No obstante, la ausencia de indicadores específicos y de datos sistemáticos sobre SSR en población migrante constituye un obstáculo crítico para el diseño de políticas públicas equitativas y culturalmente adecuadas. Esta carencia invisibiliza desigualdades que afectan de manera desproporcionada a grupos vulnerables y limita la capacidad de respuesta de los sistemas de salud (145). Por ello, generar y sistematizar indicadores específicos para el monitoreo de la salud sexual en población migrante se presenta como una prioridad estratégica para dimensionar con mayor precisión las brechas existentes y orientar intervenciones integrales e interseccionales que garanticen el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos (144).

En América Latina y particularmente en Chile, los organismos internacionales han promovido la incorporación del monitoreo de desigualdades en salud sexual dentro de los sistemas nacionales de información, priorizando la inclusión de variables que reflejen inequidades en el acceso, uso y resultados en salud entre poblaciones históricamente excluidas, incluidas las personas migrantes (143,144). Avanzar hacia sistemas de información comparables, culturalmente sensibles y sostenibles en el tiempo constituye una condición necesaria para fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, mejorar la rendición de cuentas y promover la equidad en SSR como componente esencial de la justicia social.

6. SISTEMAS DE VIGILANCIA DE BASE COMUNITARIA

La vigilancia en salud pública se define como “la recolección sistemática, continua y oportuna de datos relacionados con la salud, su análisis e interpretación, y la posterior difusión de la información a quienes necesitan conocerla, con el propósito de que se adopten medidas de prevención y control” (146). Este proceso constituye un pilar esencial de la práctica sanitaria, ya que permite describir el estado de salud de la población, detectar eventos inusuales o brotes, monitorear tendencias y evaluar intervenciones. Más allá de la simple acumulación de datos, su valor radica en transformar la información en insumos útiles para la acción, asegurando que llegue a la persona adecuada, en el momento y lugar oportunos (147).

Los sistemas tradicionales de vigilancia abarcan distintas modalidades según sus objetivos y el tipo de evento monitorizado: la vigilancia pasiva, basada en notificaciones rutinarias desde establecimientos y laboratorios; la vigilancia activa, con búsqueda deliberada de casos; la vigilancia centinela, la de laboratorio, la conductual y la sindrómica, esta última orientada a la detección temprana a partir de patrones de síntomas (146,147). Entre sus fortalezas se encuentran la estandarización de definiciones de caso, la representatividad de la población cubierta y la integración con estructuras sanitarias formales. Sin embargo, dependen en gran medida del acceso a los servicios de salud y de la oportunidad de la notificación, lo que puede generar subregistro o retrasos, especialmente en grupos con barreras de acceso o en contextos con capacidad institucional limitada (148).

Durante las últimas décadas, la vigilancia sanitaria ha experimentado una profunda transformación, incorporando nuevas fuentes y herramientas tecnológicas como los registros electrónicos, el análisis de grandes volúmenes de datos (big data) y los tableros de control en tiempo real, e integrando un enfoque más amplio sobre los determinantes sociales y las inequidades (146,148). En este marco, OMS y OPS han enfatizado la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia para que no se limiten a los eventos de enfermedad, sino que capturen las condiciones estructurales que los determinan, generando así información útil para la acción y la equidad (143,149). No obstante, persisten limitaciones estructurales para alcanzar a poblaciones de difícil acceso, lo que justifica complementar la vigilancia convencional con enfoques participativos y culturalmente adaptados, como la vigilancia de base comunitaria.

La vigilancia de base comunitaria (VBC) se define como "la detección y notificación sistemática de eventos de importancia para la salud pública dentro de una comunidad, realizada por miembros de esa misma comunidad" (150). Este enfoque surge como una respuesta a las brechas de los sistemas convencionales, al facilitar la identificación temprana de problemas de salud en grupos de difícil acceso, como las poblaciones migrantes. En contextos donde los sistemas de salud son fragmentados o presentan baja cobertura, la VBC se ha consolidado como una estrategia clave para fortalecer la detección precoz de brotes,

monitorear condiciones prioritarias y mejorar la respuesta local ante emergencias o crisis sanitarias (151).

Complementariamente, la investigación de base comunitaria constituye el marco conceptual que sustenta la VBC, se define como un proceso colaborativo que involucra de forma equitativa a investigadores e integrantes de la comunidad en todas las etapas del proceso investigativo. reconociendo las fortalezas y conocimientos que cada parte aporta para la comprensión y transformación de problemas sociales y de salud (152). Su propósito es articular la generación de conocimiento con acciones orientadas al cambio social y la reducción de inequidades, mediante procesos de coaprendizaje, toma de decisiones compartida y producción colectiva de resultados útiles para la comunidad (152) Este tipo de investigación, se sustenta en el “enfoque bottom-up” que es una se refiere a una orientación metodológica y ética, que privilegia la construcción del conocimiento y la toma de decisiones y definición de prioridades desde la comunidad hacia niveles institucionales o académicos, otorgando centralidad a los saberes locales o comunitarios y experiencias cotidianas como fuentes legítimas de conocimiento. Este enfoque desafía las jerarquías tradicionales de la investigación científica, favorece relaciones horizontales entre los actores involucrados y reconoce que no existe una única forma válida de producir conocimiento, sino que este se construye de manera colectiva y contextualizada (152). En este contexto, la VBC puede entenderse no sólo como un sistema de reporte, sino como una práctica participativa que combina vigilancia, aprendizaje colectivo y acción social para fortalecer la respuesta comunitaria.

La VBC facilita la recolección oportuna de información, amplía la cobertura territorial y promueve la confianza comunitaria. (153). Los sistemas exitosos se distinguen por su adaptabilidad cultural, mecanismos de retroalimentación, definiciones de caso simples y una sólida articulación con la vigilancia sanitaria formal (150). Si bien, la VBC representa una alternativa eficaz para superar las limitaciones de los sistemas tradicionales de vigilancia, persisten desafíos relevantes, entre ellos su expansión hacia países de ingresos medios y altos, y la necesidad de incorporar un enfoque centrado en los determinantes sociales de la salud, avanzando más allá de la monitorización basada exclusivamente en eventos de enfermedad.

En esta línea, la propuesta desarrollada en esta tesis doctoral tuvo como propósito desarrollar indicadores para la monitorización de desigualdades en salud sexual y realizar una evaluación previa a la implementación de un sistema de vigilancia de base comunitaria en población migrante en Chile. Aunque la literatura no registra experiencias previas sobre la aplicación VBC en salud sexual, esta emerge como una herramienta prometedora para mejorar la vigilancia de ITS, particularmente en comunidades migrantes que enfrentan barreras lingüísticas, legales o culturales.

II. JUSTIFICACIÓN

Esta tesis doctoral titulada “Monitorización de las desigualdades en salud sexual en la población migrante: desarrollo de indicadores y evaluación de un sistema de vigilancia de base comunitaria en Chile”, se desarrolla en el marco de los actuales desafíos en salud pública vinculados a las crecientes dinámicas migratorias y sus implicancias la salud sexual de estas poblaciones y en la equidad sanitaria. Su justificación se desarrolla en tres niveles; social, académico-científico y político-práctico, que en conjunto evidencian la necesidad de generar información sensible al contexto migratorio, fortalecer la equidad en salud sexual y orientar políticas públicas inclusivas y sostenibles.

Relevancia social

La migración internacional constituye un fenómeno estructural y creciente del mundo contemporáneo, impulsado por la globalización, las desigualdades socioeconómicas y las crisis estructurales, políticas y ambientales (1,2). En este contexto, las personas migrantes enfrentan vulnerabilidades específicas en SSR, determinadas por barreras de acceso a servicios, discriminación institucional, estigma y violencia de género, así como por la precarización laboral y habitacional que acompaña muchas trayectorias migratorias (41,66,67). Estas condiciones impactan de manera diferenciada a mujeres, niñas, adolescentes y personas LGBTIQ+, quienes experimentan la intersección de múltiples ejes de exclusión (género, clase, etnicidad y situación migratoria) (41,66,67) y al restringir el acceso a servicios de SSR, aumentan la morbilidad y la morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal (66,122–124).

En Chile, el rápido crecimiento de la población migrante en las últimas dos décadas ha revelado brechas persistentes en el acceso efectivo a la atención de salud en esta población (25,34). Estas brechas reflejan barreras estructurales, sumado a la segmentación y fragmentación del sistema de salud chileno, limitan la atención oportuna y equitativa de las personas migrantes, pese a los avances en cobertura formal.

Asimismo, las ITS, especialmente la sífilis y el VIH, también representan un desafío creciente en Chile, con incrementos sostenidos en la población migrante y una carga desproporcionadamente mayor en comparación con la población nacional (115,117,141).

Estas brechas reflejan desigualdades estructurales en el acceso a la prevención, diagnóstico y tratamiento, que profundizan las inequidades en salud sexual, y visibilizan la ausencia y necesidad de información desagregada que permita visibilizar las desigualdades en este ámbito. Esta carencia de datos impide comprender la magnitud de las inequidades y limita la capacidad de los sistemas sanitarios para desarrollar respuestas culturalmente pertinentes y basadas en derechos humanos. En consecuencia, avanzar hacia el desarrollo de indicadores sensibles y específicos se vuelve esencial para fortalecer la capacidad de monitoreo, orientar políticas públicas inclusivas y promover la equidad en salud.

Relevancia académica y científica

Aunque la literatura internacional ha evidenciado progresos en el desarrollo de sistemas de vigilancia participativos, su aplicación en contextos latinoamericanos y, particularmente, en el ámbito de la salud sexual de personas migrantes, sigue siendo incipiente (150,151). Esta

tesis se sitúa en ese vacío académico; la falta de estudios que combinen un enfoque interseccional, con metodologías de participación comunitaria en la monitorización de desigualdades en salud sexual en población migrante. Así, esta tesis mediante el desarrollo de indicadores socio-epidemiológicos y la realización de una evaluación previa a la implementación de un SVBC en el contexto chileno, aporta evidencia empírica original y contextualizada sobre desigualdades en salud sexual. Este aporte contribuye al campo de la salud pública, ofreciendo herramientas conceptuales y metodológicas potencialmente transferibles a otros contextos regionales.

Relevancia política y práctica en salud pública

Desde una perspectiva de política pública, esta tesis responde a la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia sanitaria frente a las limitaciones estructurales de los mecanismos tradicionales, los cuales tienden a reproducir inequidades al no captar oportunamente la situación de grupos históricamente excluidos, como las personas migrantes (150,151). En este sentido, la VBC se plantea como un enfoque complementario que promueve la participación activa de actores comunitarios en la recolección, análisis y uso de información, generando datos más sensibles, culturalmente pertinentes y cercanos a las realidades locales (151).

Esta tesis busca desarrollar tempranamente insumos para la posterior implementación de un SVBC que trascienda del plano descriptivo para ofrecer una herramienta concreta de política pública. Asimismo, al realizar evaluaciones tempranas y vincular organizaciones comunitarias con la APS oportunamente en los procesos de diseño, se promueve la construcción SVBC de con pertinencia local, legitimidad y la sostenibilidad de las acciones en el tiempo. Con ello, la investigación aporta evidencia sobre cómo adaptar la vigilancia comunitaria al contexto chileno.

En síntesis, esta tesis doctoral es relevante al abordar una problemática prioritaria y en expansión en salud pública y el contexto chileno, como son las desigualdades en salud sexual de la población migrante, incorporando un enfoque interseccional que permite comprender la producción de desigualdades desde una mirada crítica y situada. Es pertinente porque buscar responder a las brechas de información existentes sobre salud sexual en personas migrantes, generando insumos adaptados al contexto chileno y capaces de generar información desagregada y sensible al contexto migratorio. Finalmente, es original al representar una experiencia inédita que proponer el desarrollo de insumos previo a la implementación de un SVBC sustentado en un enfoque interseccional y participativo

III. OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La presente tesis doctoral parte de la hipótesis de que el desarrollo de indicadores socio-epidemiológicos a nivel comunitario son una herramienta eficaz para la monitorización de desigualdades en salud sexual de las poblaciones migrantes, favoreciendo la estandarización y comparabilidad de los datos, así como el acceso y la utilización de los servicios de salud.

En este sentido, los sistemas de vigilancia comunitarios basados en indicadores socio-epidemiológicos permiten una mejor caracterización de las brechas existentes y son una forma eficaz para mejorar el acceso y la respuesta a la atención sanitaria sexual de las poblaciones migrantes

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Derivadas de esta hipótesis, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son los principales determinantes sociales estructurales y de contexto que influyen en el acceso a la salud sexual de las personas migrantes?
2. ¿Qué indicadores socio-epidemiológicos permiten monitorizar las desigualdades en salud sexual de la población migrante en Chile y cómo contribuyen a visibilizar dimensiones de vulnerabilidad social y sanitaria?
3. ¿Cuáles son las principales barreras y facilitadores para la implementación de un sistema de vigilancia comunitaria en salud sexual y su articulación con el sistema público de salud?

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar indicadores de monitorización de desigualdades en salud sexual y evaluar la pre-implementación de un sistema de vigilancia de base comunitaria en población migrante en Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Sistematizar los determinantes sociales de la salud que influyen negativamente en el acceso a salud sexual en población migrante en el mundo últimos 20 años en el mundo
2. Definir las principales dimensiones socio-epidemiológicas relacionados a la salud sexual y enfermedades transmisibles relacionadas en población migrante en Chile
3. Definir y operacionalizar indicadores socio-epidemiológicos relacionados a la salud sexual y enfermedades transmisibles relacionadas en población migrante en Chile, incluyendo dimensiones sobre contextos de vulnerabilidad y trayectorias migratorias.
4. Evaluar la pre- implementación de un sistema de vigilancia de base comunitaria en población migrante en Chile.

IV. MÉTODOS

CONTEXTO DEL ESTUDIO

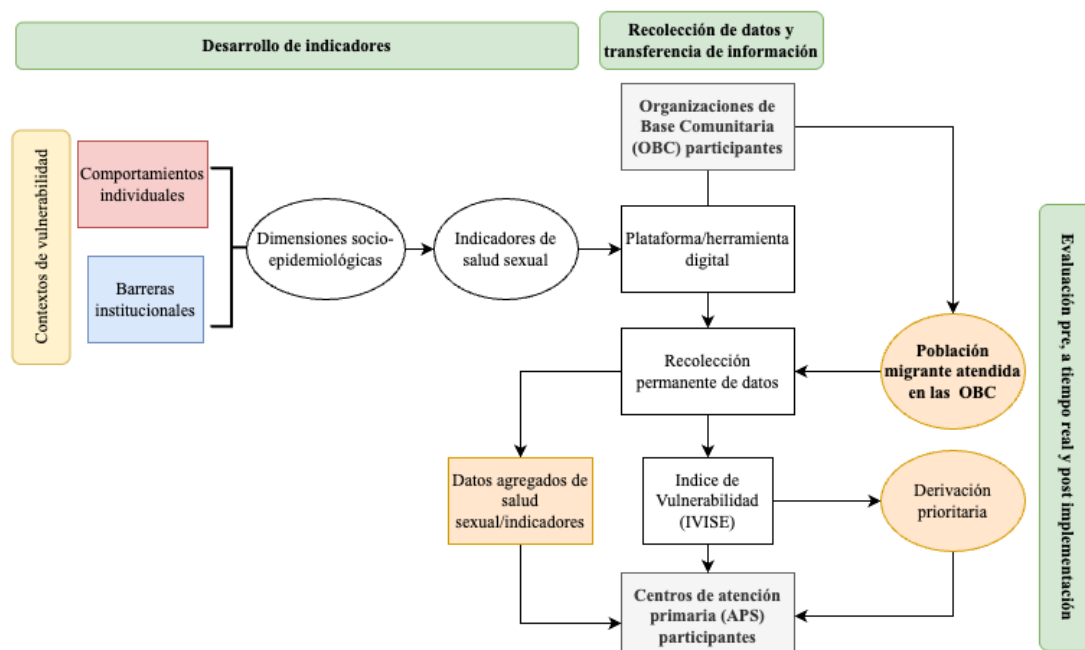
Proyecto COSMIC

Esta tesis doctoral se enmarca en el Proyecto “Community based surveillance of socio-epidemiological aspects linked to sexual health and related communicable diseases in migrant population in Chile” (COSMIC) financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt Regular 1220371). El objetivo principal del proyecto COSMIC fue generar un sistema de vigilancia de base comunitaria para monitorizar los aspectos socio-epidemiológicos vinculados a la salud sexual y enfermedades transmisibles relacionadas en la población migrante en Chile.

El proyecto COSMIC se ejecutó a través de una metodología mixta con componentes cualitativo y cuantitativo, enmarcado dentro del enfoque de investigación para la Implementación (152,154). La población elegible para el estudio estuvo constituida por las personas migrantes residentes en las ciudades de Antofagasta y Santiago. Se ejecutó durante tres años (abril 2022–2025) y se estructuró en tres etapas principales:

- Investigación formativa (Etapa 1): Incluyó la revisión bibliográfica, análisis de datos secundarios e identificación de actores clave vinculados a la salud sexual de población migrante, tanto en organizaciones comunitarias como en centros de atención primaria. Se realizaron entrevistas exploratorias y semiestructuradas que permitieron seleccionar las organizaciones de base comunitaria y los centros de salud participantes.
- Desarrollo del marco de indicadores (Etapa 2): Se definieron dimensiones socio-epidemiológicas clave para la salud sexual de personas migrantes, a partir de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y rondas Delphi con expertos y actores sociales. En esta fase se elaboró además el Índice de Vulnerabilidad Individual en Salud Sexual (IVISE), diseñado para identificar y priorizar la derivación de personas migrantes en mayor situación de vulnerabilidad.
- Implementación y evaluación del sistema de vigilancia comunitaria (Etapa 3): Se implementó el sistema de vigilancia socio-epidemiológica en organizaciones comunitarias y centros de salud, definiendo circuitos de recolección y transferencia de información. La evaluación se realizó en tres momentos: pre-implementación, en tiempo real y post-implementación, lo que permitió ajustar y valorar su pertinencia, factibilidad y sostenibilidad.

Figura 3 Esquema de Proyecto COSMIC



Fuente: Elaboración de Proyecto COSMIC

Si bien, esta tesis doctoral se enmarca en el Proyecto COSMIC, su alcance se circunscribe específicamente a la etapa pre implementación del sistema de vigilancia, de acuerdo con los objetivos previamente expuestos. En esta fase se aborda, por una parte, el desarrollo de indicadores socio-epidemiológicos para la monitorización de desigualdades en salud sexual, y por otra, la evaluación previa a la implementación del sistema de vigilancia

Contexto territorial

La comprensión de las desigualdades en salud sexual en la población migrante en Chile requiere situar el análisis donde estas dinámicas se expresan con mayor intensidad. Las particularidades demográficas, económicas y sociales de cada región configuran condiciones diferenciadas de acceso, utilización y calidad de los servicios de salud, así como patrones específicos de vulnerabilidad. En este marco, las regiones de Antofagasta y Metropolitana se convierten en escenarios estratégicos para el estudio y la implementación de sistemas de vigilancia comunitaria en salud sexual.

La Región de Antofagasta, ubicada en el norte del país (limitando con Bolivia y Argentina) y cuya principal actividad económica es la minería, presenta un perfil demográfico marcado por un alto índice de masculinidad (107,7) respecto al nacional de 95,7) (23), vinculado a la naturaleza de su matriz productiva. Es además una de las regiones con mayor proporción de población extranjera (6,7% del total nacional en 2023), destacando colectivos bolivianos (38,6%) y colombianos (29,4%) (25). lo que refleja la importancia de los flujos migratorios limítrofes y laborales en la configuración demográfica y social del territorio.

Por su parte, la Región Metropolitana constituye el principal polo urbano, económico y migratorio del país. Con más del 40% de la población nacional y un 56,8% de las personas migrantes, alberga comunidades de gran diversidad, principalmente provenientes de Venezuela (40,3%), Perú (17,5%), Haití (10,7%) y Colombia (10,2%) (25). Su carácter urbano, diverso y heterogéneo la convierte en un espacio clave para analizar tanto las oportunidades de acceso a servicios de salud especializados como las formas de exclusión y desigualdad que afectan de manera desproporcionada a las personas migrantes.

En el plano epidemiológico, en Chile las ITS han experimentado cambios epidemiológicos relevantes, particularmente en sífilis y VIH. Entre 2018 y 2022, los casos de sífilis en población migrante aumentaron de 12,4% a 19,5% del total nacional, la mayoría correspondió a hombres (64,9%) provenientes de países de América del Sur (88,2%), y concentrándose principalmente en la Región Metropolitana y Antofagasta (115). mientras que las notificaciones de VIH crecieron de 20,2% a 33,8% entre 2017 y 2021 (120). Esta complementariedad entre un territorio minero y fronterizo y un espacio metropolitano diverso y altamente urbanizado otorga pertinencia y solidez a la propuesta de desarrollar indicadores socio-epidemiológicos y sistemas de vigilancia comunitaria para enfrentar las desigualdades en salud sexual que afectan a la población migrante en Chile.

DISEÑO GENERAL

Estudio de metodología mixta, cualitativa y cuantitativa, en el marco del abordaje de investigación para la implementación. Enfoque aplicado e interdisciplinario que utiliza métodos sistemáticos para mejorar políticas y entrega de programas, incorporando actores locales y usuarios finales en la comprensión de cómo y por qué funcionan los procesos de cambio (155).

POBLACIÓN OBJETIVO

Población migrante internacional, de cualquier nacionalidad y género, residentes en las ciudades de Antofagasta y Santiago, atendida a nivel comunitario.

Criterios de inclusión:

- Personas nacidas en el extranjero mayores de 18 años.
- Consentimiento informado firmado

Organizaciones de base comunitaria (OBC), orientadas a la atención o promoción de la salud sexual y apoyo de población migrante. Se seleccionaron un total de 5 OBC, 3 de la ciudad de Santiago: **APROFA, AHF Chile y Fundación Chile Positivo**. 2 OBC de la ciudad de Antofagasta, que se implementaron y constituyeron un solo dispositivo para el SVBC: **Cruz Roja, filial Antofagasta y CREALUZ**.

Centros de Atención Primaria en Salud (APS), se seleccionaron 2 centros de APS, uno en cada ciudad (Santiago y Antofagasta):

- Centro de atención familiar (CESFAM) Doctor Agustín Cruz Melo, comuna de Independencia, Santiago.
- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) La Chimba, Antofagasta.

A continuación, y considerando que esta tesis doctoral se presenta en formato de compendio de artículos científicos, los métodos se describen de manera diferenciada según cada objetivo específico y el artículo correspondiente.

MÉTODO OBJETIVO 1: ARTÍCULO 1

“The structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant population: A Scoping Review”.

Tipo de estudio

Scoping Review de acuerdo con la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI). El protocolo del Scoping Review fue previamente registrado en Open Science Framework (<https://osf.io/ch2v3>) e incluye información detallada e incluye información detallada sobre los procedimientos.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en octubre de 2022 con el objetivo de identificar estudios publicados. Se consultaron cuatro bases de datos: MEDLINE (PubMed), Web of Science Core Collection, EMBASE (Elsevier) y CINAHL Complete (EBSCO). La estrategia de búsqueda incluyó palabras clave adaptadas y términos de índice específicos para cada motor de búsqueda (**Anexo 1**). Todas las citas identificadas fueron exportadas al gestor bibliográfico Mendeley y a la aplicación Rayyan, donde se eliminaron duplicados.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios que cumplieran con los siguientes criterios:

- Idioma: publicaciones en español o inglés.
- Período: estudios publicados entre 2000 y 2022, para asegurar relevancia en el contexto migratorio actual.
- Población: migrantes internacionales, refugiados y solicitantes de asilo mayores de 15 años (con base en la definición de edad reproductiva de la OMS).
- Temática: factores asociados a migración internacional, determinantes sociales de la salud, barreras o desigualdades en el acceso a la atención de SSR.

Se excluyeron investigaciones sobre migración interna, turistas, menores de 15 años y estudios centrados exclusivamente en salud materna (prenatal, parto y posparto), dado que constituyen un fenómeno particular que requiere abordajes específicos.

La revisión utilizó como marco el enfoque de DSS. Se distinguieron:

- Determinantes estructurales: mecanismos sociales y políticos que generan estratificación y desigualdad en la sociedad, definiendo la posición socioeconómica de los individuos.
- Determinantes intermedios: factores que median entre los estructurales y los resultados en salud, como conductas individuales, condiciones materiales de vida y factores fisiológicos.

El “acceso a la atención de salud” se definió según el marco de Levesque (156), como la oportunidad de identificar necesidades, buscar servicios, llegar a ellos, obtenerlos y que efectivamente sean satisfechos.

Se incluyeron servicios relacionados con la prevención y tratamiento del VIH/SIDA e ITS, planificación familiar, atención ginecológica, y atención preventiva y de morbilidad.

Solo se incluyeron estudios primarios a texto completo; las revisiones sistemáticas y de alcance fueron consideradas únicamente como fuentes para listas de referencias.

Selección de estudios

Dos revisores independientes examinaron títulos, resúmenes y textos completos de acuerdo con los criterios de inclusión. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión o con la intervención de un tercer revisor. Se mantuvieron reuniones periódicas para garantizar la coherencia del proceso. El procedimiento de búsqueda y selección se documentó en un diagrama de flujo PRISMA-ScR (en **artículo 1**).

Extracción y análisis de datos

Los datos se extrajeron mediante una plantilla predefinida. Los estudios cualitativos aportaron citas y fragmentos narrativos, mientras que los cuantitativos aportaron variables e información epidemiológica.

El análisis fue cualitativo y de síntesis temática, integrando datos cualitativos y cuantitativos. Se definieron subcategorías que fueron agrupadas en categorías mayores, las cuales se interpretaron en relación con las dimensiones del marco de determinantes sociales de la salud.

MÉTODO OBJETIVOS 2 Y 3: ARTÍCULO 2

“Developing socio-epidemiological indicators of sexual health among migrant population in Chile”.

Tipo de estudio

Estudio de metodología mixta, enmarcado en la investigación para la implementación (155) e investigación de base comunitaria (152,157).

Población y contexto de estudio

Personas migrantes internacionales viviendo en Chile, en las ciudades de Antofagasta y Santiago.

Técnicas de recolección de la información, validación de contenido y análisis

El proceso de construcción y validación de indicadores socio-epidemiológicos se estructuró en tres etapas (Tabla 1):

Tabla 1 Proceso de construcción de indicadores socio- epidemiológicos.

Proceso	Etapas	Método	Resultado
Definición y operacionalización de indicadores	Etapas 1	Construcción de indicadores mediante levantamiento cualitativo primario	Matriz preliminar de indicadores
		Complementación con fuentes de datos secundarias	Matriz en extenso de indicadores
Validación de contenido	Etapas 2	Grupo Delphi modificado	Versión 1
		Juicio experto	Versión 2
	Etapas 3	Pilotaje	Versión final

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Etapas 1: Definición y operacionalización de indicadores socio-epidemiológicos

A.- levantamiento de datos cualitativo primario: Con el objetivo de explorar la salud sexual, trayectorias migratorias y contextos de vulnerabilidad de los migrantes.

- Entrevistas individuales: se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas a personas migrantes de Bolivia (6), Colombia (6) y Venezuela (6) en Antofagasta, mediante muestreo por conveniencia con criterios de diversidad (sexo asignado al nacer, edad, orientación e identidad sexual).
- Grupos focales (GF): se desarrollaron 3 GF con trabajadores comunitarios (4), APS (2), académicas expertas en migración (2) y funcionarios del MINSAL (5).

Las entrevistas y GF fueron realizadas por personal experto, fueron grabadas y transcritas. El análisis se realizó con el software Atlas.ti 23, codificando y categorizando la información en temáticas comunes.

Un grupo de 5 expertas SS y migración revisó y consensuó los indicadores iniciales; posteriormente, la lista de indicadores pasó por una revisión individual de contenido de 9 expertos, dando origen a la “matriz preliminar de indicadores socio epidemiológicos”.

B.- Complementación de la matriz preliminar con fuentes secundarias:

- Cuestionario del estudio “Contextos de vulnerabilidad, prácticas sexuales y barreras institucionales para el abordaje de la salud sexual, el VIH y otras ITS en población migrante” (MIRADASS).
- Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) de Chile 2022-2023(111).

- “Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review”(158).

Con esta triangulación se elaboró la matriz en extenso de indicadores dimensiones, categorías e indicadores (utilizando una planilla de Excel), además de un instrumento preliminar en formato cuestionario.

Etapa 2: Jerarquización y validación de contenido

- Método Delphi modificado (159,160): participaron 9 expertos en migración, género y salud sexual, mediante formularios web (Google forms) divididos en 4 secciones de indicadores. Cada indicador fue evaluado en cuanto a pertinencia y relevancia (mantener, modificar, eliminar). Se realizaron 3 rondas con retroalimentación anónima, hasta alcanzar consenso parcial.
- Validación Juicio experto: al no reducirse suficientemente los indicadores, se aplicó esta estrategia con un panel de 10 expertos de MINSAL, APS y OBC vinculadas al proyecto. A través de formularios web se solicitó evaluar la necesidad de incluir cada indicador. Se realizaron dos rondas, la segunda con revisión grupal de expertos Delphi, lo que permitió consolidar la versión reducida y priorizada de la matriz.

La sistematización de resultados Delphi y juicio experto en planillas Excel, con análisis descriptivo de frecuencias y consenso.

Etapa 3. Pilotaje del instrumento

Se aplicó un pilotaje en terreno para evaluar la comprensión de los indicadores en población migrante mayor de 18 años. Participaron 100 personas migrantes seleccionadas en OBC y establecimientos de APS en Santiago y Antofagasta.

El trabajo de campo fue realizado por 4 encuestadores (una antropóloga y tres salubristas) entrenados, durante tres semanas. Se revisaron y ajustaron los ítems según la comprensión, la redacción y la sensibilidad cultural de las preguntas, obteniendo la “versión final del instrumento”.

MÉTODO OBJETIVO 4: ARTÍCULO 3

“Pre-Implementation Evaluation of a Community-Based Surveillance System for Migrants’ Sexual Health in Chile”.

Tipo de estudio

Evaluación de pre-implementación que empleó una metodología cualitativa fundamentada en los principios de la investigación para la implementación. El estudio se desarrolló en dos fases secuenciales:

- Investigación formativa, orientada a identificar y caracterizar OBC y centro de APS aptos para implementar el Sistema de Vigilancia de Base Comunitaria (SVBC).
- Definición de circuitos de implementación del SVBC.

Población y contexto de estudio

OBC y centros de APS, ubicados en las ciudades de Antofagasta y Santiago.

Técnicas de recolección y análisis de la información

Fase 1. Investigación formativa

Esta fase combinó revisión de literatura y la recolección de información cualitativa primaria:

- Identificación de OBC y APS: Se identificaron OBC vinculadas a migración y salud sexual a través de revisión de literatura, análisis de páginas web y redes sociales. Posteriormente, se realizaron entrevistas estructuradas breves (14) con representantes de OBC para presentar los objetivos del estudio y aplicar preguntas filtro orientadas a determinar si abordaban temas de salud, particularmente salud sexual, y si trabajaban con población migrante o la incluían entre sus beneficiarios. Para los APS, el criterio de selección fue su inclusión en el Programa de Acceso a la Atención de Salud para Personas Migrantes del MINSAL.
- Caracterización y selección de participantes del Proyecto COSMIC: Con las OBC y APS identificados se realizaron entrevistas semiestructuradas (29) con representantes de OBC, trabajadores de APS y otros actores clave migración y salud. La pauta entrevista incluyó: características generales, estructura organizativa, acciones específicas en salud y salud sexual, vínculos interinstitucionales y participación previa en investigación.
Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático deductivo, con categorías diferenciadas para OBC y para APS (en artículo). Esta caracterización permitió seleccionar a las OBC y APS más idóneas para el proyecto.

Fase 2. Definición de circuitos de implementación

En esta fase se diseñaron los circuitos de implementación del SVBC, es decir, rutas operativas que estructuran el SVBC en las OBC y centros de APS:

- Consideraciones operativas a partir de entrevistas con informantes clave: se realizaron 6 entrevistas grupales semiestructuradas con representantes de OBC y APS, orientadas a identificar barreras y facilitadores para la puesta en marcha del SVBC. La pauta de entrevista abordó temas como las necesidades de capacitación del personal en salud sexual para atender a migrantes (por ejemplo, pertinencia cultural y comunicación), el diseño de la plataforma digital y los flujos de información, entre otros aspectos.
Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo por conveniencia entre los participantes del proyecto COSMIC. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático deductivo de la información cualitativa, con el fin de identificar consideraciones clave para la implementación.
- Diseño del circuito de implementación del sistema de vigilancia: Los circuitos de implementación para OBC y APS fueron desarrollados con el propósito de apoyar la

operacionalización del SVBC. Su diseño se fundamentó en los supuestos conceptuales del SVBC y en las consideraciones operativas identificadas en las entrevistas con informantes clave, siendo posteriormente refinado y validado mediante instancias de revisión grupal, retroalimentación y consenso.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta tesis doctoral se enmarca en el proyecto COSMIC, el proyecto fue aprobado en extenso con los consentimientos informados, por el Comité de Bioética de la Vicerrectoría de Investigación y Doctorado de la Universidad Andrés Bello, otorgada bajo el acta de aprobación 017/2022, con fecha 10 de mayo de 2022 en la ciudad de Santiago. Adicionalmente, también contó con la autorización del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Antofagasta otorgada bajo el acta de aprobación No. 038-23-224/2024, con fecha 16 de enero de 2024 y del Servicio de Salud Metropolitano Norte otorgada bajo el acta de aprobación No. 022/2023, con fecha 19 de julio de 2023.

El procedimiento de administración del consentimiento informado fue cuidadosamente delineado para garantizar que los informantes/participantes hayan comprendido los objetivos, métodos de la investigación, y participación voluntaria. Asimismo, durante el transcurso de todas las etapas de la investigación y la posterior presentación de los resultados, estará garantizada la estricta confidencialidad de los datos personales de los sujetos participantes del estudio.

V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los artículos científicos que conforman esta tesis doctoral, los cuales se encuentran en revistas incluidas en Web of Science (WoS). Los artículos 1 y 2 en revistas clasificadas WoS Q1 y el artículo 3 en revista WoS-ESCI Q2, en todos como primera autora. Se presenta para cada artículo una descripción general de los resultados y posteriormente el artículo in extenso.

ARTÍCULO 1: Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review. Constanza Adrian Parra, Valeria Stuardo Ávila, Paola Contreras Hernández, Camila Quirland Lazo, Cecilia Bustos Ibarra, Mercedes Carrasco-Portiño, Julieta Belmar Prieto, Jaime Barrientos, Cristian Lisboa Donoso, Kenny Low Andrade. *Public Health*. 2024 Feb; 227:54-62. doi: 10.1016/j.puhe.2023.11.031. PMID: 38118243.

<https://ddd.uab.cat/record/320680>

ARTÍCULO 2: Developing socio-epidemiological indicators of sexual health among migrant population in Chile. Constanza Adrian Parra, Valeria Stuardo Ávila, Cristian Lisboa Donoso, Kenny Low Andrade, Débora Solís, Danilo Gómez, Evelyn Cortés, Carolina Núñez Hernández, Víctor Parra Hidalgo, Carlos Lobos Vega. Julieta Belmar Prieto, Paola Contreras Hernández, Mercedes Carrasco-Portiño, Cecilia Bustos Ibarra y Jaime Barrientos Delgado. *Arch Public Health* **83**, 98 (2025). <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01587-3>.

<https://ddd.uab.cat/record/320611>

ARTÍCULO 3: Pre-Implementation Evaluation of a Community-Based Surveillance System for Migrants' Sexual Health in Chile. Constanza Adrian Parra, Valeria Stuardo Ávila, Kenny Low Andrade, Cristian Lisboa Donoso, Débora Solís, Danilo Gómez, Evelyn Cortés, Cecilia Bustos Ibarra, Paola Contreras Hernández, Jaime Barrientos Delgado y Mercedes Carrasco Portiño. *Sexes* 2025, 6, 47.

<https://doi.org/10.3390/sexes6030047>

<https://ddd.uab.cat/record/320612>

ARTÍCULO 1

Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review

Constanza Adrian Parra, Valeria Stuardo Ávila, Paola Contreras Hernández, Camila Quirland Lazo, Cecilia Bustos Ibarra, Mercedes Carrasco-Portiño, Julieta Belmar Prieto, Jaime Barrientos, Cristian Lisboa Donoso, Kenny Low Andrade

Public Health. 2024 Feb;227:54-62

RESULTADOS ARTÍCULO 1

De un total de 2695 estudios identificados, se incluyeron 44 estudios publicados entre 2000 y 2022. La mayoría correspondió a diseños cualitativos (n=37), con poblaciones principalmente de inmigrantes (n=24), seguidos por migrantes (n=15), refugiados (n=6) y solicitantes de asilo (n=3). Los servicios de salud sexual investigados se centraron en VIH (testeo y tratamiento) y, SSR.

El análisis identificó 13 categorías de barreras al acceso a la SSR, organizadas en determinantes estructurales e intermedios:

Determinantes estructurales

- Barreras lingüísticas (idioma) y de comunicación: las dificultades lingüísticas limitan la expresión de necesidades y la comprensión de información sanitaria. La escasez de intérpretes y la incomodidad de mujeres frente a intérpretes hombres dificultan aún más el acceso y abordaje de SSR.
- Valores religiosos y culturales: La fe como medida de protección, creencias vinculadas a la voluntad divina, estigmas en torno a la sexualidad y prácticas tradicionales (ej. circuncisión femenina) desalientan la búsqueda de atención preventiva y el uso de anticoncepción. Los tabúes sobre el cuerpo femenino y el pudor frente al exámenes ginecológico, condicionan una preferencia por ser atendidas por profesionales mujeres.
- Estigma y discriminación asociados al VIH: La “racialización de VIH”, especialmente hacia comunidades africanas, desincentiva la búsqueda de testeo y tratamiento. El miedo al aislamiento social vinculado a las PVVIH y a la muerte refuerza esta barrera.
- Situación migratoria irregular: Limita más el acceso a salud por restricciones legales y administrativas, y desalienta la búsqueda de atención por temor a la detención, deportación o discriminación.
- Limitaciones económicas: los ingresos precarios priorizan necesidades básicas sobre la atención en SSR. El costo de transporte y la imposibilidad de ausentarse del trabajo también restringen el acceso.
- Racismo y discriminación: Estigma y prejuicios institucionales y del personal de salud generan exclusión y barreras en el acceso de personas migrantes.
- Desigualdades de género: normas patriarcales restringen la autonomía de mujeres en decisiones reproductivas y el acceso a servicios (planificación familiar y testeo de ITS). En hombres, los mandatos de masculinidad desincentivan la búsqueda de atención.
- Falta de conocimiento y conciencia sobre sexualidad y SSR: escasa información sobre sexualidad, planificación familiar, tamizajes y VIH, junto con desconocimiento de la oferta de servicios, reducen el uso de servicios preventivos.

Determinantes intermedios

- Falta o insuficiente cobertura financiera en salud: la ausencia o limitaciones de cobertura mediante seguros de salud generan costos directos y copagos que dificultan anticoncepción, tamizajes y tratamientos de VIH, especialmente en migrantes en situación migratoria irregular.
- Navegación en el sistema de salud: desconocimiento sobre localización y disponibilidad de servicios, fragmentación del sistema y complejidad de trámites impiden un acceso efectivo, especialmente en migrantes en situación migratoria irregular, sin seguro o con barreras de idioma.
- Privacidad y confidencialidad: la desconfianza en el sistema, percepciones de falta de confidencialidad y ausencia de privacidad en espacios de atención desalientan la búsqueda de atención, particularmente en pruebas de VIH.
- la organización y condiciones de los servicios de salud (factores propios del sistema de salud): tiempos de espera prolongados, horarios poco flexibles, localización geográfica y costos de transporte, falta de pertinencia cultural, trato irrespetuoso y recursos limitados constituyen obstáculos frecuentes.
- Factores psicosociales: el aislamiento social y falta de redes y apoyo comunitario y temor procedimientos clínicos o diagnóstico, limitan la búsqueda de atención.



Review Paper

Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review



C. Adrian Parra^a, V. Stuardo Ávila^{b,*}, P. Contreras Hernández^c, C. Quirland Lazo^{a,d},
C. Bustos Ibarra^e, M. Carrasco-Portiño^f, J. Belmar Prieto^g, J. Barrientos^h,
C. Lisboa Donosoⁱ, K. Low Andrade^j

^a PhD in Biomedical Research Methodology and Public Health, Department of Pediatrics, Obstetrics and Gynaecology and Preventive Medicine and Public Health, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

^b Institute of Public Health, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile

^c Education Department, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile

^d Health Technology Assessment Unit, Arturo López Pérez Foundation, Chile

^e Department of Social Work, Faculty of Social Sciences, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

^f Department of Obstetrics and of Childcare, Faculty of Medicine, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

^g School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile

^h Faculty of Psychology, Universidad Alberto Hurtado, Chile

ⁱ School of Dentistry, Faculty of Health Sciences, Universidad Autonoma de Chile, Chile

^j Independent Researcher, Chile

ARTICLE INFO

Article history:

Received 14 July 2023

Received in revised form

27 October 2023

Accepted 15 November 2023

Keywords:

Health services accessibility

Transients and migrants

Sexual health

Social determinant of health

Healthcare disparities

ABSTRACT

Objectives: Addressing migrant population's sexual health needs is essential, given the high vulnerability of this population, especially during migratory trajectories and when accessing health care in destination countries. The aim of this scoping review is to identify and describe the structural and intermediary determinants and their dimensions, which negatively influence sexual healthcare access in migrant population in the world in the last 20 years.

Study design: Scoping review.

Methods: The search strategy was carried out in the databases PubMed/MEDLINE, Web of Science, EMBASE, and CINAHL. The inclusion criteria were primary studies published in English or Spanish from 2000 to 2022, describing determinants or barriers to access to sexual health for international migrants, refugees, and asylum seekers. The construction of the results was based on the social determinants of health framework. **Results:** A total of 44 studies were included. Thirteen categories that negatively affect access to sexual health in migrants were identified—structural determinants: language and communication barriers, religious and cultural values, VIH stigma and discrimination, irregular migration status, financial constraints, racism and discrimination, gender inequalities, and lack of knowledge and awareness about sexuality and sexual health; and intermediary determinants: financial health coverage, privacy and confidentiality, health system navigation; health system and facilities, and psychosocial factors.

Conclusion: The most relevant dimensions identified as barriers to access to health services were “culture and societal values” and “health system”. Identifying the determinants that affect migrants' access to sexual health is relevant for the formulation of public policies with sociocultural relevance and an intersectional and human rights approach.

© 2023 The Royal Society for Public Health. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

Migration is a growing social phenomenon; in 2020, the global international migrant population was around 281 million, accounting for 3.6% of the world population,¹ and the proportion of migrants in the total population increased by 0.8% from 2000 to 2020.²

* Corresponding author. Institute of Public Health, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Fernández Concha 700, Las Condes, Santiago, Chile. Tel.: +56 2266156600.

E-mail address: valeria.stuardo@unab.cl (V. Stuardo Ávila).

Migration impacts health outcomes, with vulnerabilities during the migration process and in the destination country.³ Global migration creates structural vulnerability affecting healthcare provision.^{4,5} Health disparities among migrants are influenced by migration as a social determinant of health (SDH).^{6,7} SDH encompass non-medical factors such as birth conditions, growth, work, living, and aging, shaped by broader forces and systems.⁸

To address health inequities, it is important to improve equitable access to quality health care for migrants, recognizing specific barriers and designing interventions to enhance their access to health care.⁹ Sexual health (SH) is a state of physical, emotional, mental, and social well-being in relation to sexuality, and it is closely linked to reproductive health.¹⁰ Both are crucial aspects of overall health, with significant burden of disease worldwide, including HIV, other sexually transmitted infections (STIs), and complications resulting from limited access to contraception and safe abortion services.¹¹

The migration process heightens the vulnerability of migrants to HIV and other STIs,¹² complicating their access to preventive services.¹³ Late care and worse clinical outcomes are observed in a high percentage of migrants who acquire HIV after migration, even in high-income countries.¹⁴ Insufficient access to specific sexual and reproductive health (SRH) services further increases vulnerability and leads to adverse health outcomes.¹⁵

Addressing the SH needs of migrants is challenging due to diverse vulnerabilities during migration,¹⁵ highlighting the importance of a gender and intersectionality approach.¹¹ Intersectionality examines the interplay of race and gender, analyzing the effects of oppression or privilege based on multiple identities.^{16–19} Women's migration experiences are marked by violence, intersecting gender, race, class, and sexuality,^{15,20–24} whereas the lesbian, gay men, bisexual, transgender, intersex and queer (LGBTIQ+) community also faces violence throughout the migration process.²⁵

In the literature, socio-economic and political contexts, financial constraints, poor living and working conditions, cultural and linguistic barriers, and stigma and discrimination based on migration status, gender, sex, and ethnicity,²⁶ health system navigation, experiences with healthcare personnel, and social isolation and support²⁷ influence SRH and rights among migrants. However, further research is needed to investigate the SDH factors that influence access to sexual health services among migrants, including subpopulations such as sex workers and the LGBTIQ+ community. Therefore, the aim of this scoping review is to identify and describe the structural and intermediary determinants and their dimensions, which negatively influence sexual healthcare access in migrant population in the world in the last 20 years.

The research question is, “What are the structural and intermediary social determinants that negatively influence access to sexual health care access in the migrant population in the last 20 years in the world?”

Methods

This scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology.²⁸ The protocol was previously registered in Open Science Framework²⁹ and contains detailed information.

Search strategy

The search strategy aimed to locate published studies was conducted in October 2022 using four databases: MEDLINE (PubMed), Web of Science core collection, EMBASE (Elsevier), and Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete (CINAHL) via EBSCO. The complete search strategy, including

adapted keywords and index terms for each search engine, can be found in supplementary material. All identified citations were collated and uploaded into Mendeley and Rayyan App,³⁰ and duplicates were removed.

Eligibility criteria

This review focused on the following inclusion criteria: published in Spanish and English, studies published from 2000 to 2022, and international immigrant factors, determinants (barriers), or disparities to access to SRH care.

The study population included international migrants, refugees, and asylum seekers according to the International Organization for Migration,³¹ aged >15 years due to women's reproductive age definition (15–49 years).³² Studies on internal migration, tourists, and migrant children were excluded.

The key concepts being examined in this scoping review were the SDH framework,³³ and the distinction is made between “structural determinants,” which encompass all social and political mechanisms that generate stratification and social class divisions in society and that define individual socio-economic position within hierarchies of power, prestige, and access to resources.³³ The “intermediary determinants” are factors that act as links between the structural determinants and health outcomes, which are linked, to a set of individual-level influences, including health-related behaviors and physiological factors.³³

“Access to health care” is defined by Levesque as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use healthcare services, and to actually have a need for services fulfilled.³⁴

Given the increasing population of international migrants,^{1,2} studies from the last 20 years at a global level were selected to ensure relevance to the current migration context.

Services related to HIV/AIDS and STI prevention and treatment, family planning, gynecological care, and preventive and morbidity care were included. Studies on maternal health care (prenatal, delivery, and postpartum) were excluded because of obstetrics needs and reasons to seeking care,³⁵ which we believe correspond to a particular phenomenon that warrants separate study.

Only full text primary studies were included, and systematic and scoping reviews were included as a reference list.

Study selection

Two independent reviewers screened titles, abstracts, and full texts against inclusion criteria. Exclusion reasons for studies were recorded and reported. Any disagreements among the reviewers during the selection process were resolved through discussion or with an additional reviewer. Regular meetings were held to review the screening process and ensure consistent application of the criteria. The results of the search and study inclusion process are presented in a flow diagram following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR) guidelines³⁶ (Fig. 1).

Data extraction and analysis

Data from reviewed papers were extracted by two independent reviewers using a predefined charting form. Qualitative studies provided citations or narrative excerpts, whereas quantitative studies provided variables and epidemiological data. Full extracted data are provided in supplementary material. Any disagreements were resolved using the same strategy as the screening process.

A qualitative analysis was performed. We synthesized qualitative and quantitative data defining and assigning subcategories.

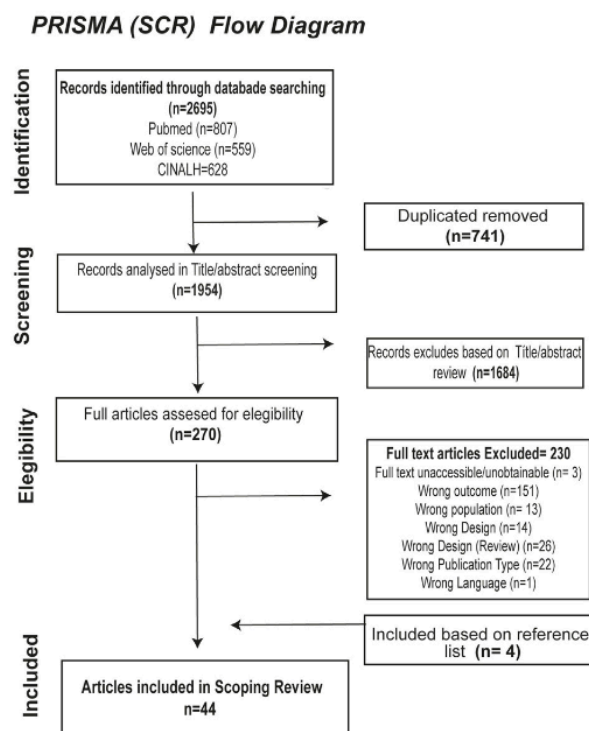


Fig. 1. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review flow diagram.

The subcategories were grouped into categories, which after an exhaustive analysis were categorized and interpreted according to the dimension of the SDH.

Results

The selection process is shown in PRISMA flow diagram (Fig. 1); we retrieved 2695 articles from database searching. A total of 44 articles were included because they met the inclusion criteria.^{37–80} The characteristics of the studies are set out in Table 1.

Most studies were qualitative study ($n = 37$). The terms used to characterize the population were mainly immigrant ($n = 24$) and migrant ($n = 15$). Few studies focused on refugees ($n = 6$) or asylum seekers ($n = 3$). Half of the studies focused on women ($n = 20$), four on men (one on MSM), and none on transgender or non-binary individuals.

The region of origin was mostly Africa with 23 studies, Latin America and the Caribbean with 11 studies, and Asia with 10 studies. Likewise, in terms of receiving, most were USA ($n = 15$), followed by Australia and Canada ($n = 4$ each).

The type of sexual health service examined in most studies focused on HIV-related services, such as HIV testing ($n = 10$) and HIV care ($n = 7$), followed by SRH ($n = 9$).

Fig. 2 synthesizes the SDH, its dimensions, and categories impacting SH access for migrants. Structural determinants, specifically culture and societal values of the migrant community, play a crucial role. Intermediary determinants highlight the significance of the health system dimension. In both types of determinants, the importance of each dimension is evidenced by the concentration of categories and subcategories (Fig. 2) present in the articles of the review (supplementary material).

The following 13 categories constitute the barriers or determinants identified for access to SRH in this review, according to the type of SDH.

Structural determinants

Language and communication barriers

Studies identified that language barriers hinder communication between migrants and healthcare providers, affecting the expression of health needs^{37–40,42–44,47,49–51,53,55,57–61,65,66,69–72,75–77,79} and understanding health-related terms.⁴⁵

Interpreter services are necessary,^{37,39,40,43,47,59,72,76} but availability is limited, and women feel uncomfortable discussing SRH with male interpreters.⁴²

Language skills are crucial for accessing care, navigating the healthcare system,⁷⁷ and scheduling appointments.³⁸ Communication barriers lead to anxiety, mistrust,^{70,72} defensive,⁷⁷ and passive behavior in health care.⁴³

Religious and cultural belief (mostly identified for Sub-Saharan African women, Somalia, and Southeast Asia)

Faith as a protective measure, along with the conceptualization of health or the process of illness as attributable to sacred will^{42,50,65} and seeking care only with symptoms,^{57,65} hinder preventive health seeking.^{38,41,51–53,58} Stigma around SRH and sexual activity discourages single women from seeking care^{49,55,56} and contraception,^{40,43,47} while cultural practices, such as female genital circumcision modesty related to, and traditional medicine use^{45,72} prevent women from seeking SRH care.^{38,42,53}

Because of the taboo surrounding female body and the sense of modesty caused by gynecological examination,^{45,56,70} migrant women avoid discussing SRH openly^{47,53} and prefer female providers.^{43,48,53,67,72}

HIV stigma and discrimination

Some studies mentioned “Racialization of HIV,” which implies a stigma at the social level and in healthcare settings (healthcare providers) associated with the perception that HIV is a disease linked to the African community,^{48,62} preventing African immigrants from seeking or accepting HIV testing services or accessing care/treatment.^{37,62} The social isolation linked to people living with HIV and the fear of death^{41,49,62,64,69,76,80} prevents immigrants from seeking HIV testing and accessing care.

Migration status

According to this review, irregular immigration status amplifies challenges in accessing SRH care and health insurance because of restrictive legislation and administrative barriers.^{53,57,59,61,63,66,67,76,80} It also deters health seeking behavior and preventive care utilization due to fear of arrest, deportation, and discrimination experienced by migrants with irregular status.^{41,68,69,77}

Financial constraints (indirect cost)

Migrants' socio-economic situation affects daily life; adjusted finances prioritize needs, such as housing and food, over SH, among others.^{52,56,58,60,61,71,79} and are challenging for new migrants.⁵⁸ In addition, unemployment,⁴⁴ not being able to afford to take the day off for medical appointments,⁸⁰ and transportation to health facilities are also barriers to accessing SRH.^{37,51,56,80}

Racism and discrimination

Many studies on racial stigma and discrimination based on culture, nationality, and intersecting identities impact migrants' experiences.^{49,61,76,80}

Health system and provider-related racism are prominent issues.^{49,61,76,80} Studies have identified migrants' concerns about experiencing discrimination or rejection in the context of health care because of their migrant status or their inability to afford

Table 1
Studies characteristics.

Correlative	Author/year	Study design	Population characteristics	Country/region of origin	Receiving country/region:	SRHS or outcome
1	Adedimeji, 2014 ³⁷	Qualitative	Immigrants	Africa	Ireland	HIV testing
2	Adegboyega, 2016 ³⁸	Qualitative	Immigrant women	Sub-Saharan Africa	USA (Lexington, Kentucky)	Cervical cancer screening
3	Agu, 2016 ⁴⁹	Qualitative	Migrants	Sub-Saharan Africa and Southeast Asia	Australia (pert metropolitan area in Western Australia)	Sexual health
4	Asuamah, 2022 ⁶⁰	Qualitative	Migrants	Africa	China (Beijing)	Reproductive health care
5	Baroundi, 2020 ⁷¹	Quantitative (cross-sectional survey)	Migrant' youth	Middle East, North Africa, South Asia, Sub-Saharan Africa, and Others	Sweden	Sexual and reproductive health
6	Daniel, 2021 ⁷⁶	Qualitative	Immigrants	Africa (Ethiopian, Somali, and Eritrean communities)	USA (Washington)	HIV testing
7	Deeb-Sossa, 2013 ⁷⁷	Qualitative	Undocumented migrant women	México	USA (California)	Sexual and reproductive health
8	Dolwick, 2013 ⁷⁸	Qualitative	Immigrant men	Latin America	USA (Baltimore)	HIV testing
9	Donnelly, 2009 ⁷⁹	Qualitative	Immigrant women	Vietnam	Canada	Breast and cervical cancer screening
10	Faturiyele, 2018 ⁸⁰	Mixed method (migrants and health providers)	Migrants PLWHIV	Lesotho	South Africa	HIV care and treatment
11	Gebreyesus, 2020 ³⁹	Qualitative	Asylum seekers women	Eritrea	Israel	Family planning (contraceptive)
12	Gele, 2020 ⁴⁰	Qualitative	Immigrants' women	Somalia	Norway (Oslo)	Family planning (contraceptive)
13	Ghasemi, 2021 ⁴¹	Qualitative	Immigrants PLWHIV (or those who are at risk)	Afghanistan	Iran	HIV care and treatment
14	Ghebre, 2015 ⁴²	Qualitative	Immigrant women	Somalia	USA (Minnesota)	Cervical cancer screening
15	Gurnah, 2011 ⁴³	Qualitative	Refugee women	Somalia	USA (Connecticut)	Reproductive health care
16	Harvey, 2013 ⁴⁴	Qualitative	Immigrant men	Latin America	USA (Oregon)	Sexual and reproductive health
17	Ilami, 2021 ⁴⁵	Qualitative	Immigrant women	Iran	Australia (Western Australia)	Sexual and reproductive health
18	Keese, 2012 ⁴⁶	Quantitative	Migrant PLWHIV	Latin America	USA (Oklahoma)	HIV care
19	Khin, 2021 ⁴⁷	Qualitative	Migrant women	Myanmar	Japan	Contraceptive (family planning)
20	Lee, 2013 ⁴⁸	Qualitative	Immigrant	Vietnam	Taiwan	Cervical cancer screening
21	Lindkvist, 2015 ⁵⁰	Qualitative	Immigrant	Eritrea and Ethiopia	Sweden (Stockholm)	HIV testing
22	Logie, 2021 ⁵¹	Qualitative	Refugee-displaced adolescents	Democratic Republic of Congo, Rwanda, Burundi, and Sudan	Uganda (Kampala)	HIV testing
23	Manirankunda, 2009 ⁵²	Qualitative	Migrants, refugees, and asylum seekers	Sub-Saharan Africa	Belgium	HIV voluntary counseling and testing
24	Marques, 2021 ⁵³	Qualitative	Migrant women	Not specified	Portugal (Lisbon)	Cervical cancer screening
25	Mbanya, 2020 ⁵⁴	Qualitative	Immigrant women exposed to FGC	Sub-Saharan Africa	Norway	FGC
26	Meherali, 2021 ⁵⁵	Qualitative	Immigrant adolescents	South Asia	Canada (Alberta)	Sexual and reproductive health
27	Mehta, 2018 ⁵⁶	Qualitative	Immigrant, refugee, and asylum seeking women	Somalia and Congo	USA (Boston, Massachusetts)	Gynecologic care
28	Menard, 2010 ⁵⁷	Qualitative	Immigrant women	Haiti	USA (Miami)	Cervical cancer screening
29	Mengesha, 2017 ⁵⁸	Qualitative	Migrant and refugee women	Not specified	Australia	Sexual and reproductive health
30	Morales-Alemán, 2019 ⁵⁹	Qualitative	Immigrant adolescent women	Latin America	USA (Alabama)	Sexual health

(continued on next page)

Table 1 (continued)

Correlative	Author/year	Study design	Population characteristics	Country/region of origin	Receiving country/region:	SRHS or outcome
31	Ndumbi, 2018 ⁶¹	Quantitative (online survey)	Migrants PLWHIV	Diverse backgrounds (Europe, ASS, LA, and others)	Spain	HIV care
32	Ngobi, 2020 ⁶²	Qualitative	Migrant men (heterosexual)	Africa	Canada (Ottawa)	HIV testing
33	Odhiambo, 2022 ⁶³	Qualitative (institutional ethnography)	Immigrants ("Black") PLWHIV	Caribbean and Africa	Canada	HIV care
34	Ojikutu, 2015 ⁶⁴	Quantitative	Immigrants ("Black")	Caribbean and Africa	USA (Massachusetts)	HIV testing
35	Parajuli, 2019 ⁶⁵	Qualitative	Refugee women	Bhutan	Australia	Breast cancer screening
36	Pérez-Urdiales, 2017 ⁶⁶	Qualitative	Immigrant women	Not specified	Spain (Basque Country)	Sexual and reproductive health
37	Ramos, 2016 ⁶⁷	Qualitative	Immigrant women	Latin America	USA (Nebraska)	Breast cancer screening
38	Ross, 2019 ⁶⁸	Qualitative	Undocumented immigrants PLWHIV	Africa	USA (NYC)	HIV testing and linkage to care
39	Russ, 2012 ⁶⁹	Qualitative	Immigrants PLWHIV	Asia and Pacific Islands	USA (California)	HIV care
40	Schmidt, 2018 ⁷⁰	Qualitative	Immigrant women	Diverse backgrounds (Eritrea, Albania, the Philippines, the Middle East and Latin America)	Switzerland (Geneva)	Reproductive health care
41	Shangase, 2014 ⁷²	Qualitative	Migrants PLWHIV	Africa	UK (Cambridge shire)	HIV care
42	Song, 2011 ⁷³	Quantitative	Migrant men (MSM)	Not specified	China (Beijing)	HIV testing
43	Webber, 2012 ⁷⁴	Mixed	Migrant women (beer promoters)	Not specified	Southeast Asia (capital cities of Cambodia, Laos, Thailand, and Vietnam)	Sexual and reproductive health
44	Ziyada, 2021 ⁷⁵	Qualitative	Immigrant women exposed to FGC	Somalia and Sudan	Norway	FGC

FGC, female genital cutting; PLWHIV= People living with HIV; ASS= Sub-Saharan Africa; LA= Latin America; MSM= Men who have sex with men.

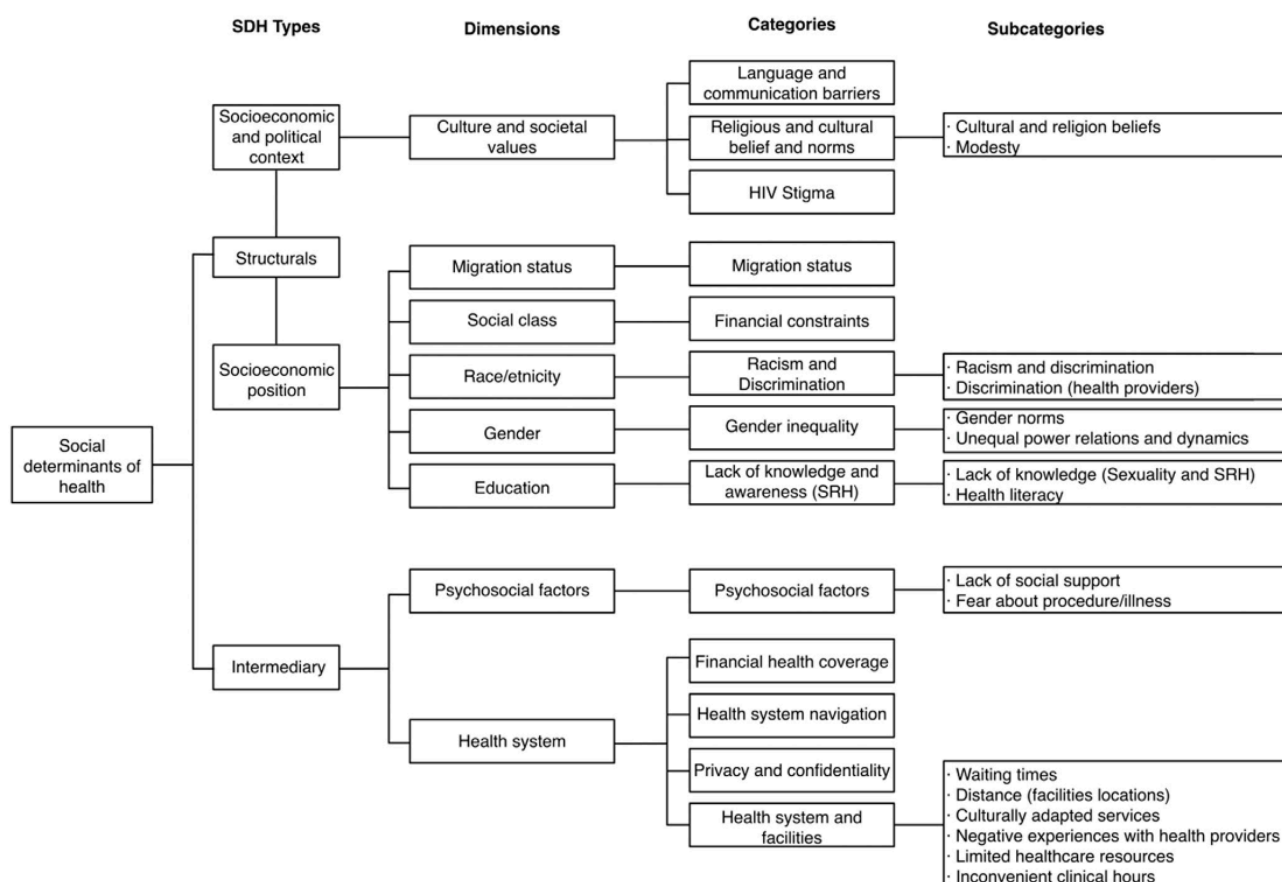


Fig. 2. Classification of categories (determinants) and subcategories that impact access to SRH care according to the type of social determinant and dimensions.

health care as a barrier to accessing health.^{78,80} They describe being judged and experiencing social prejudice by healthcare personnel.^{39,59,66,70,73,75}

Gender inequality

Inequitable gender norms contribute to sexual and gender-based violence (GBV) during the refugee journey, limiting agency in sexual relationships for girls and young women.⁵¹ Social pressure and marital expectations restrict women's autonomy in contraception decisions^{40,56} and SRH screening perception.^{42,45} Masculinity norms prioritize self-reliance for men, and illness is perceived as a weakness for men in African communities, discouraging men from seeking SRH care, such as HIV testing.⁷⁶

Studies indicate that male-dominated culture manifests in events related to the control of SRH among Latina, African, and Afghan migrant women. Husbands frequently impose restrictions about family planning,^{42,53,57,76} as well as the use of HIV services.⁴¹ In addition, power inequalities further affect women facing GBV^{51,66} and language barriers in accessing SRH care.⁵³

Lack of knowledge and awareness

Studies identified lack of knowledge and awareness as a barrier to accessing SRH. Migrants' limited knowledge about sexuality and their SRH needs (family planning, cervical cancer screening, and HIV/AIDS)^{40,44–46,50,52,58,60,70,74} and benefits and availability of SRH preventive services^{38,42,57,65,67} hinder their access to SRH care.^{48,51,55,62} These challenges are closely tied to navigating the healthcare system.^{44,49,52,62,74}

Intermediary determinants

Financial health coverage (direct cost)

Cost and lack of health insurance are barriers to accessing SRH care.^{56,67,73,77,78}

The absence of health insurance presents a significant financial obstacle to SRH care access.^{39,44–46,57,59,61,63,64,68,74,76} The combined effect of service costs, including indirect expenses and socio-economic factors, makes SRH care and medication, such as contraception^{39,40,47} and HIV treatments,⁶³ unaffordable for migrants.^{39,74} The lack of insurance is often associated with immigration status,^{44,68} and navigating insurance policies poses additional challenges.^{45,68} Even when individuals have health insurance, financial constraints persist due to coverage limitations and co-payment fees.^{37,45,49,70,75}

Health system navigation

Limited knowledge of the healthcare system hampers navigation for migrants,^{45,47,53–55,58,62,63,69,71–73,75,76,80} impacting their access and engagement.⁴⁷ Studies systematically report insufficient awareness of healthcare locations,^{47,53–55,59,73,80} the availability of Sexual and reproductive health services (SRHS),^{45,62,72} and system fragmentation.^{39,41}

Navigation issues are linked to migration status,⁷⁸ lack of health insurance,^{49,53} and language barriers.^{53,58,69,75}

Privacy, confidentiality, and trust

Mistrust and lack of confidentiality in healthcare system (security of information) and healthcare providers^{42,44,45,49–51,59,61,73} are reasons to avoid SRHS. This concern may be influenced by country-of-origin experiences and increase reluctance to use SRHS.³⁸

Studies report that health facilities, especially waiting rooms, do not provide sufficient privacy for migrant individuals seeking SH care, particularly HIV testing. There is a lack of confidentiality protection in the pursuit of care.^{37,55,64}

Health system and facilities

In this review, diverse subcategories related to the health system, its facilities, and operation were identified, constituting barriers to access SRH. Long waiting times,^{37,44,45,61,63,71,74,75} geographical location of health facilities, transportation costs,^{39,41,59,62,73,74} inadequate culturally adapted services,^{45,54,60,75} logistical issue (such as inconvenient schedule),^{61,67,73} disrespectful care,^{45,48,54,74} and limited healthcare resources^{39,58,66} hinder SRHS access and utilization.

Psychosocial factors

Lack of social support isolation^{45,50,55,57,59} and fear of examination^{42,48,57,67,74} and disease^{44,50,52,62,64,73} impact on seeking and access to SRH care.

Discussion

This review identifies diverse determinants for access to SRH in migrants. The immigration status, health system navigation, and organizational aspects such as waiting times^{15,81,82} have been reported in the literature as determinants of health inequalities among migrants.^{15,26,27,81}

This study elucidates the intersection among determinants influencing access to SH services, encompassing immigration status, financial coverage, navigation in the health system, gender-cultural and religious factors, and knowledge of SRH. Adopting an intersectional perspective is imperative for comprehending the intersection and influence of these determinants on individuals' experiences.^{16,83}

Moreover, a social epidemiology approach underscores the significance of examining and addressing structural factors that shape sexual practices and HIV prevention. By addressing these determinants, substantial progress can be made in mitigating HIV transmission and addressing the disparities associated with its unequal distribution.^{84,85} Similarly, there are conceptual frameworks, such as the sociological model, that allow for a comprehensive approach to accessing health care, especially SRH.⁸⁶

Racism and discrimination influence the treatment of migrants in the healthcare field,^{83,87} and as structural SDH, they have broad effects on access to, as structural SDH, have pervasive effects on SRH access^{88,89} across different stages of life.^{87,90} The irregular migratory status and host countries' administrative barriers further exacerbate migrants' vulnerability and act as a barrier to health care and health service access due to deportation fears and limited awareness of their rights.^{35,91,92}

Promoting universal health coverage, particularly financial protection, is crucial to address health inequities and enhance healthcare access for migrants.^{9,15} Our study underscores the significant barrier posed by the lack of financial coverage for both regular and irregular immigrants, refugees, and asylum seekers.

This study reveals the interconnectedness of cultural factors, gender, and knowledge or sexual education as barriers to accessing SRH for migrants. Cultural and religious factors originating from their countries of origin and transit contribute to silence and taboos surrounding sexuality, impacting the acceptability and access to SH services.^{91,93}

Patriarchal culture and gender inequalities and limited education or knowledge about SRH impact agency and negotiation in sexuality, affecting women and girls with an exacerbated impact on migrants because of intersecting factors related to migration trajectories and contexts of vulnerability.^{15,91,93} The literature highlights that enhancing intercultural skills among healthcare providers improves access, quality of care, and reduces health inequalities for migrants.^{94,95}

Although gender analysis is crucial in the included studies, the predominantly heteronormative perspective is noteworthy. Non-heterosexual sexual orientation is a determining factor in health-care access;⁹⁶ similarly non-binary gender migrants not only access SH services less than cisgender individuals but also express a greater need for SH and access to services.⁹⁶

Regarding migratory trajectories, the findings of this review predominantly refer to the arrival phase in the receiving country, while the literature suggests that access to SRHS is particularly limited during the transit phase, posing additional challenges and risks, especially in cases of irregular migration facilitated by smugglers.⁹⁷

Strengths and limitations

To our knowledge, this is the first scoping review to explore SDH on access to SH for immigrants in a global context. This study has limitations. The terms “migrants” or “immigrants” are not clearly defined to describe the target population in many included studies. While this review pursues an intersectional and gender-focused perspective, the included articles have a heteronormative view, highlighting the underrepresentation of LGBTIQ+ community. The search term “Sexual Health” was limited, so it was adapted to encompass a wider range of SH services in the four search engines used to search for studies. Finally, the reviewed articles do not cover migrant female sex workers or voluntary interruption of pregnancy.

Conclusions

This scoping review identifies that the most relevant SDH dimensions for access to SRH are “Culture and Societal Values of the migrant community” and “System of Health”. Further research focusing on specific migrant groups, especially LGBTIQ+ community, including non-binary individuals, could aid in understanding and meeting their unique needs.

However, it requires public policies with a human rights perspective, such as universal access to health and healthcare services with cultural sensitivity and adaptation. Examining access barriers through the lens of SDH and an intersectional and gender perspective suggests the importance of fostering social changes for a more equitable society.

Author statements

Acknowledgments

The authors thank the COSMIC project team for their support and the community work that inspires them.

Ethical approval

Ethical approval was not required as this is a scoping review.

Funding

This work was conducted as part of the COSMIC Project, funded by the Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt Regular 1220371).

Competing interests

The authors have no conflicts of interest to declare.

Appendix A. Supplementary data

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.11.031>.

References

- World Migration Report 2022. In: McAuliffe M, Triandafyllidou A, editors. *International organization of migration (IOM)*. Geneva: International Organization for Migration; 2021. Available from: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>.
- UN DESA. *International migrant stock | population division* [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>; 2020.
- OIM. Health of Migrants. *Resetting the agenda. Report of the 2nd global consultation* [cited 2022 Jun 4]. Available from: www.iom.int; 2017.
- Carruth L, Martinez C, Smith L, Donato K, Piñones-Rivera C, Quesada J, et al. Structural vulnerability: migration and health in social context on behalf of the migration and health in social context working group. *BMJ Glob Health* 2021;6: 5109. https://gh.bmj.com/content/6/Suppl_1/e005109.
- Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. In: Facultad de Medicina CAU del D, editor. *Universidad del Desarrollo. Facultad de Medicina, Clínica Alemana - universidad del Desarrollo*; 2017 [cited 2023 May 4]. 520 p. Available from: <http://hdl.handle.net/11447/1461>.
- Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MEDT, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Publ Health* 2015 Mar 18;36:375–92.
- Davies A, Basten A. *Migration: a social determinant of the health of migrants | migration health research portal*. <https://migrationhealthresearch.iom.int/migration-social-determinant-health-migrants>; 2009.
- WHO. *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
- PAHO/WHO. *Guidance document on migration and health*. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-document-migration-and-health>; 2019.
- WHO. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. *World Heal Organ* 2017;1–12. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/978924151288>.
- WHO. *Sexual health. Human rights and the law*. 2015.
- UNAIDS. *The gap report*. 2014.
- UNAIDS. *Confronting Inequalities. Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. 2021 [cited 2022 Jun 14]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf.
- Ross J, Cunningham CO, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low- and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence HHS Public Access. *Curr Opin Infect Dis* 2018;31(1):25–32.
- Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL-lancet commission on migration and health: the health of a world on the move executive summary the lancet commissions. *behalf UCL-Lancet Comm Migr Heal & Lancet* 2018;392:2606. 54. Available from: <https://www.thelancet.com/>.
- Crenshaw K. *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine*. *Feminist Theory and Antiracist Politics*; 1989.
- Collins PH. *Toward a new vision: race, class, and gender as categories of analysis and connection*. In: *Doing gender diversity: readings in theory and real-world experience*; 2018. p. 20–32.
- Yuval-Davis N. Intersectionality and feminist politics. *Eur J Women's Stud* 2006;13(3):193–209. <https://journals-sagepub-com.ure.uab.cat/doi/10.1177/1350506806065752>.
- Nash JC. Re-thinking intersectionality. <https://doi-org.ure.uab.cat/101057/fr20084> [Internet]. 2008 Jun 1 [cited 2023 Apr 11];89(1):1–15. Available from: <https://journals-sagepub-com.ure.uab.cat/doi/10.1057/fr.2008.4>.
- Magliano MJ. Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Rev Estud Fem* 2015;23(3):691–712. Available from: <http://www.scielo.br/jj/ref/a/LjMTvCSNGL3xR4NjM8gttPB/abstract/?lang=es>.
- Anthias F. Transnational mobilities, migration research and intersectionality: towards a translocational frame. *Nord J Migr Res* 2012 Jun 1;2(2):102. Available from: <https://journal-njmr.org/articles/10.2478/v10202-011-0032-y>.
- Parella Rubio S, Reyes L. Identidades interseccionales: mujeres migrantes poblanas con estatus migratorio indocumentado en Nueva York. In: González H, Fernández-Matos D, González-Martínez MN, editors. *Migración con ojos de mujer: una mirada interseccional*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar Colombia; 2019. p. 85–118. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7793368>.
- Domínguez Amorós M, Contreras Hernández P. Agencia femenina en los procesos migratorios internacionales: una aproximación epistemológica. N° 37, 2017, págs 75–99 *Empiria Rev Metodol ciencias Soc ISSN 1139-5737* 2017;(37): 75–99. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6016845&info=resumen&idioma=SPA>.
- Contreras-Hernández P, Trujillo-Cristoffanini M. Matriz de violencia interseccional: experiencias y trayectorias de mujeres latinoamericanas en

- Barcelona. *Antípoda Rev Antropol Arqueol* 2023 Apr 12;(51):187–212. Available from: <https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/antipoda/article/view/544/8545>.
25. Alessi EJ, Cheung S, Kahn S, Yu M. A scoping review of the experiences of violence and abuse among sexual and gender minority migrants across the migration trajectory. *Trauma Violence Abuse* 2021 Dec 1;22(5):1339–55. Available from: https://journals-sagepub-com.are.uab.cat/doi/10.1177/15248380211043892?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed.
 26. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, Abu-Raddad L, Buse K, Rabbani F, et al. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *Rev EMHJ* 2021;27(12):1203–13.
 27. Machado S, Wiedmeyer M ling, Watt S, Servin AE, Goldenberg S. Determinants and inequities in sexual and reproductive health (SRH) care access among immigrant women in Canada: findings of a comprehensive review. 2008–2018 *J Immigr Minor Health* 2022 Feb 1;24(1):256–99. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-021-01184-w>.
 28. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Trico A, Khalil H. *Chapter 11: scoping reviews*. JBI Man Evid Synth; 2020.
 29. Adrian C, Avila VS, Lazo CIQ. *Protocol Registration-The Structural and contextual determinants in sexual health care Access in migrant population: a Scoping Review*. 2022 Oct 19 [cited 2023 Feb 19]; Available from: <https://osf.io/ch2v3>.
 30. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. 2016. 5(210).
 31. OIM. *Glossary on migration INTERNATIONAL INTERNATIONAL MIGRATION MIGRATION LAW LAW N° 34 N° 34* [cited 2023 Feb 19]. Available from: www.iom.int; 2019.
 32. WHO. *Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring 2006*; 63.
 33. WHO. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. 2010.
 34. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12(1). Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>.
 35. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Pol Plann* 2014 Oct 1;29(7):818. Available from: <https://pmc/articles/PMC4186209/>.
 36. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018 Oct 2;169(7):467–73. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>.
 37. Adedimeji AA, Asibon A, O'Connor G, Carson R, Cowan E, McKinley P, et al. Increasing HIV testing among african immigrants in Ireland: challenges and opportunities. *J Immigr Minor Health* 2015;17(1):89–95. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-9986-x>.
 38. Adegboyega A, Hatcher J. Factors influencing pap screening use among african immigrant women. *J Transcult Nurs [Internet]* 2017;28(5):479–87. <https://doi.org/10.1177/1043659616661612>.
 39. Gebreyesus T, Gottlieb N, Sultan Z, Ghebregziabher HM, Tol W, Winch PJ, et al. Barriers to contraceptive careseeking: the experience of Eritrean asylum-seeking women in Israel. *Ethn Health* 2020 Feb;25(2):255–72. <https://doi.org/10.1080/13557588.2017.1418299>.
 40. Gele AA, Musse FK, Shrestha M, Qureshi S. Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *PLoS One* 2020;15(3):1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>.
 41. Ghasemi E, Rajabi F, Majdzadeh R, Vedadhir A, Nigarandeh R. Aspects influencing access to HIV/AIDS services among Afghan immigrants in Iran. *A Qualitative Study* 2022;10(3):172–83. Available from: https://ijcbrnsums.ac.ir/article_47926.html.
 42. Ghebre R. Cervical cancer: barriers to screening in the Somali community in Minnesota. *Physiol Behav* 2018;176(1):139–48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312274/#:~:text=10.1007/s10903-014-0080-1>.
 43. Gurnah K, Khoshnood K, Bradley E, Yuan C. Lost in translation: reproductive health care experiences of Somali Bantu women in Hartford, Connecticut. *J Midwifery Wom Health* 2011 Jul;56(4):340–6. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00028.x>.
 44. Harvey SM, Branch MR, Hudson D, Torres A. Listening to immigrant latino men in rural Oregon: exploring connections between culture and sexual and reproductive health services. *Am J Men's Health* 2013;7(2):142–54. <https://doi.org/10.1177/1557988312463600>.
 45. Ilami A, Winter S. Iranian migrants' lived experiences of access to sexual and reproductive healthcare services in western Australia: a conventional content analysis. *Sex Res Soc Pol* 2021;18(3):533–46. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00478-2>.
 46. Keesee MS, Natale AP, Curiel HF. HIV positive hispanic/latinos who delay HIV care: analysis of multilevel care engagement barriers. *Soc Work Health Care [Internet]* 2012;51(5):457–78. <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.662208>.
 47. Khin YP, Nawa N, Fujiwara T, Surkan PJ. Access to contraceptive services among Myanmar women living in Japan: a qualitative study. *Contraception* 2021 Nov;104(5):538–46. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.05.008>.
 48. Lee FH, Wang HH, Yang YM, Tsai HM. Barriers faced by Vietnamese immigrant women in Taiwan who do not regularly undergo cervical screenings: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2014;70(1):87–96. <https://doi.org/10.1111/jan.12168>.
 49. Agu J, Lobo R, Crawford G, Chigwada B. Migrant sexual health help-seeking and experiences of stigmatization and discrimination in perth, western Australia: exploring barriers and enablers. *Int J Environ Res Publ Health* 2016 May;13(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph13050485>.
 50. Lindkvist P, Johansson E, Hylander I. Fogging the issue of HIV - barriers for HIV testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea. *BMC Public Health [Internet]* 2015 Jan;15(1):82. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1333-6>.
 51. Logie CH, Okumu M, Kibuuka Musoke D, Hakiza R, Mwima S, Kacholia V, et al. The role of context in shaping HIV testing and prevention engagement among urban refugee and displaced adolescents and youth in Kampala, Uganda: findings from a qualitative study. *Trop Med Int Heal* 2021;26(5):572–81. <https://doi.org/10.1111/tmi.13560>.
 52. Manirankunda L, Loos J, Ta A, Colebunders R, Nöstlinger C. "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Educ Prev* 2009 Dec;21(6):582–93. <https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.6.582>.
 53. Marques P, Gama A, Santos M, Heleno B, Vermandere H, Dias S. Understanding cervical cancer screening barriers among migrant women: a qualitative study with healthcare and community workers in Portugal. *Int J Environ Res Publ Health* 2021;18(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph18147248>.
 54. Mbanya VN, Terragni L, Cele AA, Diaz E, Kumar BN. Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. *PLoS One* 2020;15(3):1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229770>.
 55. Meherali S, Salami B, Okeke-Ihejirika P, Vallianatos H, Stevens G. Barriers to and facilitators of South Asian immigrant adolescents' access to sexual and reproductive health services in Canada: a qualitative study. *Can J Hum Sex* 2021;30(3):329–38. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2020-0056>.
 56. Mehta PK, Saia K, Mody D, Crosby SS, Raj A, Maru S, et al. Learning from UJAMBO: perspectives on gynecologic care in african immigrant and refugee women in Boston, Massachusetts. *J Immigr Minor Health* 2018;20(2):380–7. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0659-4>.
 57. Menard J, Kobetz E, Maldonado JC, Barton B, Blanco J, Diem J. Barriers to cervical cancer screening among Haitian immigrant women in Little Haiti. *Miami J Cancer Educ* 2010;25(4):602–8. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0089-7>.
 58. Mengesha ZB, Perz J, Dune T, Ussher J. Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: a socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *PLoS One* 2017;12(7):e0181421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>.
 59. Morales-Alemán MM, Ferreti G, Scarinci IC. "I don't like being stereotyped, I decided I was never going back to the doctor": sexual healthcare access among young Latina women in Alabama. *J Immigr Minor Health* 2020;22(4):645–52. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00932-3>.
 60. Asuamah MA, Agyenim-Boateng R. *Access to reproductive healthcare services among african women living in Beijing: understanding the challenges*. J Racial Ethn Heal Disparities; 2022. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01225-y> (0123456789).
 61. Ndumbi P, Del Romero J, Pulido F, Velasco Arribas M, Dronda F, Blanco Ramos JR, et al. Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *Eur J Publ Health* 2018;28(3):451–7.
 62. Ngobi JB, Pottier K, Leonard L, Tugwell P, Hoffman S, Welch V. Multi-level barriers to reaching HIV testing among young heterosexual African migrants from HIV-endemic countries in Ottawa. *Can J Hum Sex* 2020 Apr;29(1):79–93. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0033>.
 63. Odhiambo AJ, Forman L, Nelson LE, O'Campo P, Grace D. Legislatively excluded, diamically uninsured and structurally uninsured: the social organization of HIV healthcare for african, caribbean and black immigrants with precarious immigration status in Toronto, Canada. *Qual health res* 2022 Apr;32(5):847–65. <https://doi.org/10.1177/10497323221082958>.
 64. Ojikutu B, Nnaji C, Sithole-berk J, Bogart LM, Gona P, Hospital MG, et al. Barriers to HIV testing in black immigrants to the. *US Jpn Outlook* 2015;25(3):1052–66. <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0141>.
 65. Parajuli J, Horey D, Avgoulas MI. Access to breast cancer screening — perception, and perceived barriers among older bhutanese refugee women resettled in Australia: a qualitative study. *Aust J Cancer Nurs* 2019;20(1):14–8. <https://doi.org/10.33235/ajcn.20.1.14-18>.
 66. Pérez-Urdiales I, Goicolea I. How do immigrant women access health services in the Basque Country? Perceptions of health professionals. *Atención Primaria* 2018;50(6):368–76. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>.
 67. Ramos AK, Correa A, Trinidad N. Perspectives on breast health education and services among recent hispanic immigrant women in the midwest: a qualitative study in lancaster county, Nebraska. *J Cancer Educ* 2016;31(4):666–72. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0886-0>.
 68. Ross J, Akiyama MJ, Slawek D, Stella J, Nichols K, Bekele M, et al. Undocumented african immigrants' experiences of HIV testing and linkage to care. *AIDS Patient Care STDS* 2019 Jul;33(7):336–41. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0036>.
 69. Russ LW, Meyer ACL, Takahashi LM, Ou S, Tran J, Cruz P, et al. Examining barriers to care: provider and client perspectives on the stigmatization of HIV-positive Asian Americans with and without viral hepatitis co-infection. *AIDS Care* 2012 Oct;24(10):1302–7. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.658756>.

70. Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, Irion O. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reprod Health [Internet]* 2018 Mar;15(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>.
71. Baroudi M, Kalengayi FN, Goicolea I, Jonzon R, Sebastian MS, Hurtig AK. Access of migrant youths in Sweden to sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional survey. *Int J Health Pol Manag* 2022;11(3):287–98. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.123>.
72. Shangase P, Egbe CO. Barriers to accessing HIV services for black african communities in cambridgeshire, the United Kingdom. *J Community Health* 2015;40(1):20–6. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9889-8>.
73. Song Y, Li X, Zhang L, Fang X, Lin X, Liu Y, et al. HIV-testing behavior among young migrant men who have sex with men (MSM) in Beijing, China. *AIDS Care* 2011 Feb;23(2):179–86. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.487088>.
74. Webber G, Spitzer D, Somrongthong R, Dat TC, Kounnavongsa S. Facilitators and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: a mixed methods study. *Glob Health* 2012 Jan;8(1):21. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-21>.
75. Ziyada MM, Elise R. Barriers and facilitators to the access to specialized female genital cutting healthcare services: experiences of Somali and Sudanese women in Norway. *PLoS One* 2021;16(9 September):1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257588>.
76. Daniel NA, Hassan SA, Mohamed F, Sheikh N, Basualdo G, Schwartz R, et al. Harambee! 2.0: the impact of HIV-related and intersectional stigmas on HIV testing behaviors among african immigrant communities in seattle. *Washington. AIDS Behav* 2022 Jan 2;26:149–64. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03396-5>.
77. Deeb-Sossa N, Díaz Olavarrieta C, Juárez-Ramírez C, García SG, Villalobos A. Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. *Cad Saúde Pública* 2013;29(5):981–91.
78. Dolwick Grieb SM, Desir F, Flores-Miller A, Page K. Qualitative assessment of HIV prevention challenges and opportunities among latino immigrant men in a new receiving city. *J Immigr Minor Heal* 2015;17(1):118–24. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9932-3>.
79. Donnelly TT, McKellin W, Hislop G, Long B. Socioeconomic influences on Vietnamese-canadian women's breast and cervical cancer prevention practices: a social determinant's perspective. *Soc Work Publ Health* 2009;24(5):454–76. <https://doi.org/10.1080/19371910802678772>.
80. Faturiyale I, Karletsos D, Ntene-Sealiote K, Musekiwa A, Khabo M, Mariti M, et al. Access to HIV care and treatment for migrants between Lesotho and South Africa: a mixed methods study. *BMC Publ Health* 2018 May 29;18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5594-3>. N.PAG-N.PAG.
81. Gil-Gonzalez D, Carrasco-Portinõ M, Vives-Cases C, Agudelo-Suarez AA, Castejon Bolea R, Ronda-Perez E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. <https://doi.org/10.1080/135578582014946473> [Internet]. 2014 Sep 3 [cited 2023 Feb 22];20(5):523–541. Available from: <https://www.tandfonline-com.ar-e.uab.cat/doi/abs/10.1080/13557858.2014.946473>.
82. Agudelo-Suarez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv Res* 2012 Dec 17;12(1):461. Available from: <http://pmc/articles/PMC3565901/>.
83. Shannon G, Morgan R, Zeinali Z, Brady L, Thereza Couto M, Devakumar D, et al. Racism, Xenophobia, Discrimination, and Health 3 Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity. *Lancet* 2022;400(10368):2125–36. Available from: www.thelancet.
84. Baral S, Logie CH, Grosso A, Wirtz AL, Beyrer C. Modified social ecological model: a tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Publ Health* 2013 May 17;13(1):1–8. <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-482>.
85. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Epidemiol Rev* 2004;26:22–35. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxh005>.
86. Baroudi M. Beyond supply and demand: a new ecological framework for understanding the access of young migrants to sexual and reproductive health services in Sweden. *Glob Health Action* 2023;16(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2251783>.
87. Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA, de Moraes Sato P, Devakumar D, Kim SS, et al. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. *Lancet* 2022;400(10368):2109–24. Available from: www.thelancet.
88. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015 Sep 23;10(9).
89. Asad AL, Clair M. Racialized legal status as a social determinant of health. *Soc Sci Med* 2018;199:19–28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.010>.
90. Valdez ES, Chan J, Donis A, Collins-Lovell C, Dixon S, Beatriz E, et al. Structural racism and its influence on sexual and reproductive health inequities among immigrant youth. *J Immigr Minor Health* 2023 Feb 1;25(1):16–22. <https://link-springer-com.ar-e.uab.cat/article/10.1007/s10903-022-01385-x>.
91. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. "In My culture, we don't know anything about that": sexual and reproductive health of migrant and refugee women. *Int J Behav Med* 2017 Dec 1;24(6):836–45. Available from: <https://link-springer-com.ar-e.uab.cat/article/10.1007/s12529-017-9662-3>.
92. Garcini LM, Nguyen K, Lucas-Marinelli A, Moreno O, Cruz PL. "No one left behind": a social determinant of health lens to the wellbeing of undocumented immigrants. *Curr Opin Psychol* 2022 Oct 1;47:101455.
93. Ussher JM, Perz J, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R, et al. Negotiating discourses of shame, secrecy, and silence: migrant and refugee women's experiences of sexual embodiment. *Arch Sex Behav* 2017 Oct 1;46(7):1901. Available from: <http://pmc/articles/PMC5547186/>.
94. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *Lancet* 2014 Nov 1;384(9954):1607–39. <http://www.thelancet.com/article/S0140673614616032/fulltext>.
95. Tijoux ME. *Manual para el Fortalecimiento de las Competencias Interculturales en Salud*. FACSIO; 2020. Available from: <http://incidenciasocial.facsio.cl/wp-content/uploads/2021/08/manual-web.pdf>.
96. Alencar Albuquerque G, De Lima Garcia C, Da Silva Quirino G, Alves MJH, Belém JM, Dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Right* 2016 Jan 14;16(2). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>.
97. Letona P, Felker-Kantor E, Wheeler J. Sexual and reproductive health of migrant women and girls from the Northern Triangle of Central America. *Rev Panam Salud Pública* 2023;47. Available from:.

ARTÍCULO 2

Developing socio-epidemiological indicators of sexual health among migrant population in Chile.

Constanza Adrian Parra, Valeria Stuardo Ávila, Cristian Lisboa Donoso, Kenny Low Andrade, Débora Solís, Danilo Gómez, Evelyn Cortés, Carolina Núñez Hernandez, Víctor Parra Hidalgo, Carlos Lobos Vega. Julieta Belmar Prieto, Paola Contreras Hernández, Mercedes Carrasco-Portiño, Cecilia Bustos Ibarra y Jaime Barrientos Delgado.

Arch Public Health **83**, 98 (2025).

RESULTADOS ARTÍCULO 2

El proceso se desarrolló en tres fases consecutivas. En la fase 1, a partir del análisis cualitativo un grupo de cinco expertas propuso dimensiones, categorías y subcategorías preliminares, de las que surgieron indicadores preliminares, y sus respectivas preguntas y categorías de respuesta basadas en la información codificada. Tras la revisión sucesiva de nueve expertos, se consolidó una “matriz preliminar de indicadores socio-epidemiológicos” con 170 indicadores contenidos en 132 preguntas, organizada en cinco dimensiones y 26 categorías: trayectorias migratorias y vulnerabilidad, violencias, imaginario de salud sexual, acceso a SSR, y vinculación con el sistema de salud. La triangulación con fuentes secundarias, se dio origen a la “Matriz en extenso” con 203 indicadores en 149 preguntas, incorporando dos nuevas dimensiones: Antecedentes sociodemográficos y Trabajo sexual.

Durante la fase 2 de jerarquización y validación de contenido, a través de un grupo Delphi modificado de tres rondas, se generó la “Versión 1 del instrumento” con 98 preguntas (140 indicadores) distribuidos en 8 dimensiones, incluida “prácticas sexuales”, aunque sin una reducción significativa de indicadores. De forma complementaria, la validación por juicio experto de dos rondas permitió depurar y reorganizar la matriz, eliminando redundancias y fortaleciendo la coherencia entre dimensiones. El proceso culminó en una “Versión 2” con 102 indicadores contenidos en 71 preguntas.

Finalmente, en la fase 3 de pilotaje, el instrumento fue aplicado a 100 personas migrantes en Santiago y Antofagasta. Se realizaron ajustes y adaptaciones finales consolidando el instrumento definitivo compuesto por 94 indicadores organizados en 73 preguntas, distribuidos en ocho dimensiones y sus categorías:

- Antecedentes sociodemográficos: Sexo asignado al nacer, identidad sexual, edad, país de nacimiento y nivel educacional.
- Trayectorias migratorias y vulnerabilidad: Contexto de salida, del viaje migratorio, y de instalación en Chile.
- Violencias: Discriminación, violencia género, violencia sexual.
- Vinculación con el sistema de salud: Contacto con el sistema de salud y barreras de acceso.
- Prácticas sexuales: Iniciación sexual, parejas sexuales, uso de condón, CHEMSEX y última relación sexual.
- Trabajo sexual.
- Salud sexual y acceso SS: Control ginecológico o urológico, examen papanicolau, Métodos de prevención embarazo, ITS (no VIH) u otras infecciones genitales, VIH, embarazo, parto y aborto.
- Necesidades en SS: Necesidad de acceso a salud sexual en Chile y necesidades insatisfechas.

En conjunto, los resultados muestran un proceso progresivo y participativo que permitió pasar de una matriz inicial extensa a un instrumento final robusto. Este instrumento articula la complejidad de la experiencia migratoria con las desigualdades estructurales que afectan la salud sexual, constituyendo así una base sólida para la vigilancia comunitaria continua en población migrante.

RESEARCH

Open Access



Developing socio-epidemiological indicators of sexual health among migrant population in Chile

Constanza Adrian Parra¹, Valeria Stuardo Ávila^{2,3*}, Cristian Lisboa Donoso⁴, Kenny Low Andrade⁵, Débora Solís⁶, Danilo Gómez⁷, Evelyn Cortés⁸, Carolina Núñez Hernández⁹, Víctor Parra Hidalgo¹⁰, Carlos Lobos Vega¹¹, Julieta Belmar Prieto³, Paola Contreras Hernández¹², Mercedes Carrasco-Portiño¹³, Cecilia Bustos Ibarra¹⁴ and Jaime Barrientos Delgado¹⁵

Abstract

Background Monitoring and responding to the sexual health needs of migrants is crucial, given their vulnerability during migration. Therefore, this study aimed to develop socio-epidemiological indicators related to sexual health and communicable diseases among the migrant population in Chile, including dimensions of the contexts of vulnerability and migratory trajectories.

Method We used a mixed methodology within the framework of implementation research and community-based research based on qualitative data, secondary sources, and expert judgment to construct socio-epidemiological indicators related to sexual health among the migrant population in Chile, including vulnerability and migration trajectories. Preliminary indicators were defined. First, qualitative data were collected through semi-structured interviews with individuals of migrant origin and focus groups with members of community-based organizations, primary healthcare providers, and experts. These instruments were then complemented with indicators from secondary sources. The set of indicators was subjected to content validation and ranking through Delphi Groups and expert judgment, ending with validation through a field pilot test.

Results The result was a definitive instrument that included 94 indicators, distributed into 73 questions that correspond to the following dimensions: sociodemographic background, migratory history, and contexts of vulnerability, violence, connection with the Chilean health system, sexual practices, sex work, sexual health (including HIV and STIs) and access to sexual health services, and sexual health needs.

Conclusion Participation of the target population and key actors allowed for consensus on a highly sensitive data collection instrument since its indicators account for the contexts of vulnerability and key structural aspects to address sexual health among migrants from an intersectional perspective.

Keywords Migrants, Sexual health, Epidemiological surveillance, stis

*Correspondence:
Valeria Stuardo Ávila
valeria.stuardo@unab.cl

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Text box 1. Contributions to the literature

- This study shows that the development of indicators with the participation of the target population and key stakeholders allows for the creation of a highly sensitive data collection instrument that integrates a diversity of knowledge and experiences.
- The importance of addressing migrants' sexual health from an intersectional perspective is emphasized, enriching the analysis of structural inequalities and vulnerabilities for better understanding.
- A monitoring instrument for migrants' sexual health in Chile is presented, facilitating continuous data collection and overcoming the limitations of cross-sectional surveys through an updatable and adaptable data system.

Background

In 2020, there were 281 million migrants between nations, representing 3.6% of the world's population [1], with an increase of 0.8% between 2000 and 2020 [2].

Migration is considered a social determinant of health (SDH) [3] because it can exert considerable effects on the health of those who migrate. This is due to vulnerability situations during migration, arrival, and settlement in the destination country [4].

Although the health status of migrants is heterogeneous and difficult to compare globally, there is evidence of persistent inequities in access to health services has been reported in various regions [5–7]. Furthermore, mortality from infectious diseases and external causes is higher among migrants [8]. These causes are preventable and demonstrate how SDH influences this population.

Sexual health (SH) is essential for comprehensive well-being, including the physical, psychological, and socio-cultural aspects related to sexuality [9]. Addressing the SH needs of individuals of migrants is a crucial challenge for public health because of the vulnerability they face during migration, where they are exposed to sexual abuse and exploitation, especially women, girls, boys, and adolescents [10]. During transit, women have limited access to SH and reproductive services is limited, increasing the risk—especially in irregular migration [11]. Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex (LGBTQI+) migrants, and particularly transgender people, face additional barriers [10, 12] and double marginalization due to stigma, violence, and discrimination [12–14].

In the international context, studies have found that the incidence and prevalence rates of HIV, hepatitis B, C, and syphilis are higher among migrant populations than in local populations [15]. Although migration does not directly increase the risk of HIV, associated social, economic, and political factors do [16]—including barriers to accessing health services, lack of knowledge [10, 15, 17], low participation in preventive programs [18], and experiences of stigma and discrimination [15].

Chile is a country located at the southernmost tip of South America, with a population of 19,828,563

inhabitants as of 2022 [19]. In the past decade, migration has increased significantly, reaching a total of 1,625,074 foreigners in 2022, which represents 8.45% of the total population [20]. This represents a 25.0% increase compared to the same period in 2018. Concurrently, a re-emergence of the HIV epidemic has been observed, with an incidence of 0.25 cases per 1,000 inhabitants in 2022 [21], and an increase in cases of syphilis and gonorrhea [22]. New cases of HIV among migrants have increased from 20.2 to 33.8% between 2017 and 2021 [23].

The 2020 Global Migration Report [24] highlights the urgency of standardizing and comparing health data for migrants to better understand trends and results. According to this report, it is recommended to monitor care-seeking behaviors, access to services. In addition, health inequities are explained by social class, gender, and ethnicity [25]. Monitoring such inequities is crucial for guiding policies and programs that promote health equity [24]. Health indicators help monitor trends in health status and identify potential health problems; examine health trends linked to exposure to risk factors to guide the creation of public policies; observe and evaluate the effects of health policies and interventions; provide clear and concise information about analyzed issues to stakeholders; and contribute to research on the possible relationships between the social determinants involved [26, 27]. Considering the SH needs associated with migration phenomena at a global level, the development of a community-based surveillance system (CBSS) [28] focused on the SH of migrants in Chile may be a relevant strategy to link these populations with the health system and prevent disease.

This investigation, framed within the study “Community-based surveillance of socio-epidemiological aspects linked to sexual health and related communicable diseases among the migrant population in Chile” (FOND-ECYT Regular N° 1220371) - COSMIC, aimed to develop socio-epidemiological indicators related to sexual health and communicable diseases among the migrant population in Chile, including dimensions of the contexts of vulnerability and migratory trajectories.

Methodology**Study design**

This study was a mixed methodology within the framework of implementation [29] and community-based research [30, 31], for the development of a set of socio-epidemiological sexual health indicators targeted at the migrant population which is part of a community-based surveillance system. These set of indicators are applied at the individual level and, in addition to facilitating data collection and monitoring, they have a secondary objective—outside the scope of this study—of developing an

individual vulnerability index. This index would help identify migrants with greater sexual health care needs.

Study population and setting

This study was conducted in 2023, the target population was international migrants living in Chile in the cities of Antofagasta and Santiago, selected due to the high percentage of migrants. The Metropolitan Region (Santiago) hosts the largest proportion of migrants, accounting for 57.8% of the estimated total foreign population in 2022, followed by Antofagasta with 6.7% [20].

Techniques for collecting information and content validation

Table 1 shows the techniques for collecting information and content validation.

Stage 1: creation of socio-epidemiological indicators

Two complementary stages were conducted to construct and define the list of indicators:

Construction of indicators from a qualitative data survey

A total of 18 semi-structured interviews were conducted with individuals of migrant origin from Bolivia ($n=6$), Colombia ($n=6$), and Venezuela ($n=6$) in the city of Antofagasta, using convenience sampling. Furthermore, 3 focus groups (FG) were conducted with community-based organizations (CBOs) workers ($n=4$) and primary health care (PHC) workers ($n=2$) from Antofagasta, academic experts ($n=2$) in migration, and workers ($n=5$) from the Ministry of Health (MINSAL) of Chile. The aim of this study was to explore SH, migration trajectories, and the contexts of migrants' vulnerability. All interviews and GFs were conducted by expert personnel, recorded, and transcribed.

A group of five experts in SH and migration was established to construct indicators from the qualitative survey, and review and agree on the indicators. The Atlas.ti 23 software was used to code and categorize according to common themes. The list of indicators also underwent an individual content review by nine experts in SH, gender, and migration to form preliminary matrix of socio-epidemiological indicators.

Complementation with secondary sources

The preliminary indicator matrix was complemented with 3 secondary sources:

1. **Questionnaire for the study** "Contexts of vulnerability, sexual practices, and institutional barriers to addressing sexual health, HIV, and other STIs in migrant populations" (MIRADASS). It was also used in the previous phase of indicator construction.
2. **National Survey of Health, Sexuality, and Gender (ENSSEX) of Chile 2022–2023** [32].
3. "Structural and intermediary determinants in access to sexual health care among migrant populations: A scoping review" [33].

The first version of the "Extensive Matrix of Indicators" was prepared using an Excel spreadsheet after triangulating with the elements provided by these three sources. The model included dimensions, categories, subcategories, and indicators. Additionally, an "Instrument" type document was prepared with the questions and response categories derived from each indicator.

Stage 2: content prioritization and validation

Delphi group

The modified Delphi method was used to build consensus on the set of socio-epidemiological indicators to be included for monitoring SH and related communicable diseases in a CBSS of migrants in Chile. This participatory process involves expert consensus without direct confrontation of opinions [34, 35].

A panel of 9 experts in migration, gender, and SH was formed, and they were invited to participate via email with information about the Project and the Delphi process.

A web form (Google forms) was designed. The form contained a complete matrix of questions and response categories, but is divided into four parts due to the large number of indicators. It was planned in such way to reduce the workload of the experts.

Participants were asked to *evaluate each question and response category (indicator) and make the decision to "keep," "modify," or "delete" the questions based on their pertinence and relevance in the context of developing a CBSS to monitor the SH of migrants in Chile.*

After each question, the form contains a space to provide suggestions and modifications to the question being asked.

Three rounds of review were performed over 3 weeks. At the end of each round, the information was systematized in Microsoft Excel, and the aggregated and anonymized results were sent. Reminders were sent to reduce

Table 1 Process of developing socio-epidemiological indicators

Process	Stage	Method	Outcome
Creation of indicators	Stage 1	Construction of indicators by a primary qualitative survey	Preliminary indicator matrix
		Complementation with secondary data sources	Extensive indicator matrix
Content validation	Stage 2	Modified Delphi Group	Version 1
		Expert judgment	Version 2
	Stage 3	Pilot testing	Final version

the dropout rate, and a 1-week flexibility was granted for sending responses.

Validation by expert judgment

Since the modified Delphi Group technique did not sufficiently reduce the indicators, validation by less structured expert judgment was used as a complementary strategy, with the purpose of prioritizing and reducing the number of indicators.

To this end, a panel of 11 experts in migration and SH in clinical, academic, and community environments was formed, of which 10 confirmed their participation. Invitations and information were sent via email.

The panel includes:

- MINSAL representatives: One from the intercultural health area and three from the HIV/AIDS and STI Program.
- Representatives from the two PHC establishments linked to the project.
- Representatives of the four CBOs linked to the project.

The validation process by expert judgment consisted of an individual review using a web form (Google forms), which divided the indicator matrix into 2 parts (A and

B). The MINSAL representatives reviewed Part A or B, according to their area of expertise, whereas the CBO and PHC workers reviewed the entire matrix (see Fig. 1).

The form contained the following question for each indicator: *“Is it necessary (relevant and pertinent) to include the question in a monitoring system aimed at identifying greater vulnerability linked to sexual health (and related communicable diseases) of migrants in Chile?”*

Dichotomous response alternatives: *yes or no*.

The result of round 1 was systematized in Excel, and a report was generated. Since Round 1 did not reach the consensus necessary to significantly reduce the number of indicators, a second round of group review was carried out by 2 of the Delphi Group experts.

Stage 3: piloting of the instrument

Once the latest version of the instrument was ready, it was validated through a field pilot test to assess migrants over 18 years old’ understanding of the indicator questions.

Four trained interviewers applied the instrument for 3 weeks at the CBOs and PHC facilities linked to the project in Santiago and Antofagasta, establishing a sample of 100 people.

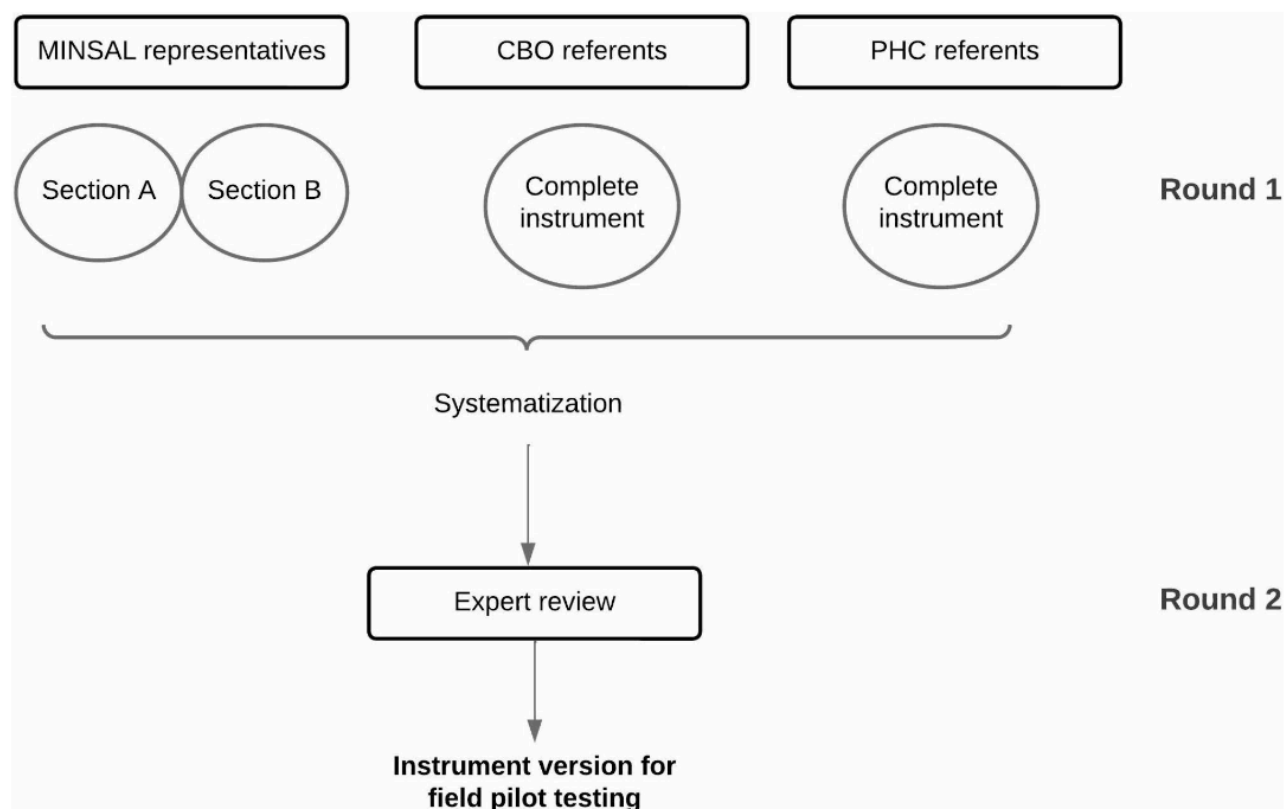


Fig. 1 Validation process of expert judgment

The instrument was reviewed and adjusted on the third day of piloting. During the piloting, the interviewers recorded aspects of wording, structure, and personal sensitivities. This information was analyzed to facilitate the modifications that led to the final instrument.

Results

Stage 1

Construction of indicators from a qualitative data survey

To construct the indicators, a team of 5 **experts** coded and categorized the information from 13 interviews, including proposing preliminary dimensions, categories, and subcategories. Information from the interviews was triangulated using the three FGs. After the preliminary indicators were defined, questions and response categories were developed based on the coded information.

The list of indicators and the instrument with questions and response categories were reviewed by the team during telematic sessions, resulting in 168 indicators distributed into 130 questions. Then, an **individual content review was conducted by nine experts**, who provided feedback via email. This modified the indicators, questions, and response categories, and adjustments to the organization of dimensions and categories.

Finally, a preliminary **matrix of socio-epidemiological indicators** was created with 170 indicators contained in 132 questions, distributed in 5 dimensions and 26 categories (see in supplementary material): migration trajectory and contexts of vulnerability, violence, SH imagination, SH and access to health, and connection with the health system.

Complementation with secondary sources

From secondary sources, 39 indicators (17 questions) to the preliminary matrix, totaling 203 indicators (149 questions) (see supplementary material). The dimensions and categories were reorganized, adding 2 new dimensions: “Sociodemographic Background” and “Sex Work”. In addition, new categories such as “Sexual Practices” were included, which did not emerge in the initial qualitative

approach. This caused the Extended Matrix of Indicators (see Table 2).

Stage 2

Modified Delphi group

Round 1 The established consensus criteria were.

- Agreement greater than 50% to eliminate a question/indicator.
- Agreement greater than 50% to keep a question/indicator (with no expert selecting the option to eliminate).
- Questions/indicators without consensus will be subject to a second round of consensus.

In round 1, 9 experts sent their responses, and 18 indicators and questions were eliminated. There was no consensus among the 88 questions (129 indicators), so a second round of individual review was conducted. See results in Fig. 2.

Round 2 The 9 experts were asked to review the indicators that did not achieve consensus and 8 of 9 responded. The criterion of an agreement greater than 50% was applied to “keep” or “eliminate” an indicator. Therefore, 63 questions were retained, 15 were eliminated, and 10 did not reach a consensus.

Round 3 Two experts reviewed and discussed questions/indicators that did not lead to consensus in round 2. A review of the entire instrument was conducted to ensure the harmony and coherence of the prioritized indicators. As a result, 2 questions (5 indicators) without prior consensus were kept and 18 were eliminated (8 without prior consensus and 10 that were included but affected the coherence of the instrument).

These rounds allowed for constructing a prioritized indicator matrix; however, the expected reduction was not achieved. Version 1 of the instrument contained 98 questions (140 indicators) distributed into 8 dimensions (see supplementary material), including “Sexual Practices.”

Table 2 Dimensions and categories of the extended matrix of indicators resulting for stage 1

Dimensions	Categories
Sociodemographic Background	Sex assigned at birth, sexual identity, country of birth, language, religion or creed, and educational level.
Migratory trajectory and contexts of vulnerability	Context of departure, networks, context of migratory journey, capacity for agency on the way to Chile, and capacity for agency since settling in Chile.
Violence	Gender violence, sexual violence, and discrimination.
Sexual health as an imaginary	Sexual initiation, sexual socialization (sex-diverse community), family planning, sexual practices, and prevention methods.
Sex work	
Sexual health and access to health	Gynecological check-up, Pap smear, breast examination, menstrual health, sexual satisfaction, and/or dysfunction, HIV, STI (non-HIV), pregnancy, abortion, childbirth, sexual health needs.
Linkage with the health system	

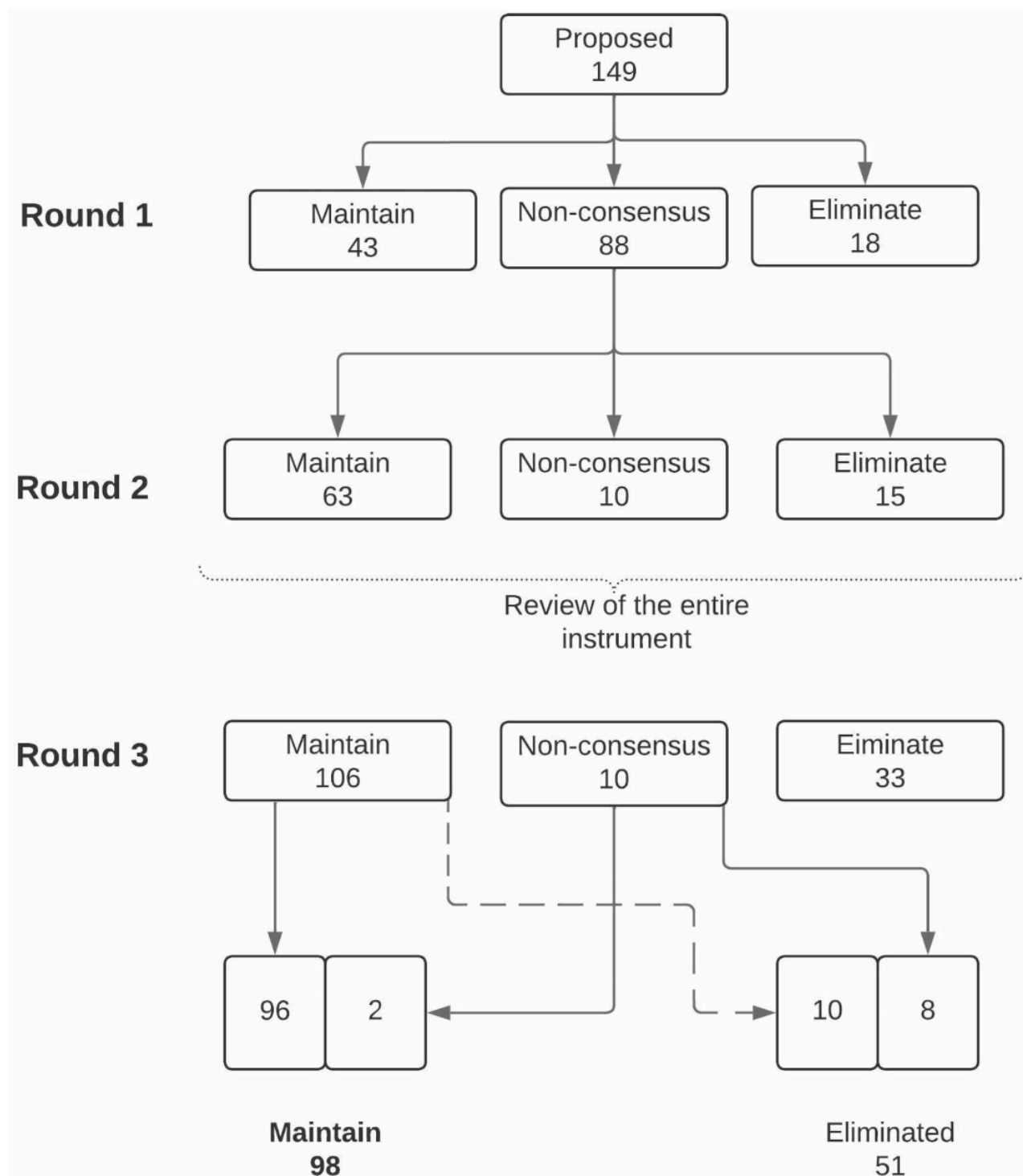


Fig. 2 Process and results of initial ranking of indicators

Validation by expert judgment

Round 1 In round 1, 22 questions reached a consensus above 20% for elimination. No consensus was reached to prioritize the indicators. Therefore, it was decided to carry out a second round to reduce the extent of the instrument.

Round 2 Two experts reviewed all the indicators as a group. Priority was given to eliminating indicators with a consensus greater than 20% (2 experts or more) in round 1, requiring 100% consensus in round 2.

29 questions were eliminated: 17 questions were agreed upon in Round 1, and 12 questions were agreed upon in

Table 3 Results of the expert judgment validation

Round 1		Round 2	
Yes	No	Questions	Eliminated questions
100%	0%	43	6
87.5%	12.5%	32	6
75%	25%	16	12
62.5%	37.5%	6	5

Round 2. The question “Age” was added and two questions from the item “SH needs” were divided. As a result, “Version 2” of the final matrix had 71 questions and 102 indicators after eliminating the “Sexual Imagery” dimension and redistributing its questions into “Violence” and “SH and Access to SH.”

Phase 3: piloting and final version

The instrument was adjusted once the piloting began by adding a new question and indicator to “Time in Chile” and modifying six questions by complementing their response categories.

The application was completed in 100 individuals, with an application duration of between 10 and 15 min. Final adjustments were made and indications for the instrument manual were identified after analyzing qualitative records.

The following modifications were made to the instrument during the pilot phase:

- Adjustment of questions to improve clarity.
- Modification of response options:
 - Incorporation of new options and replacement of previous ones based on the pilot phase results.
 - Reorganization and inclusion of multiple responses when necessary.
- Addition of questions to improve the transition between.
- Elimination of redundant questions.
- Reorganization of key questions to facilitate the collection of relevant information, such as “sex work.”
- Simplification of compound questions by reducing response options and reorganizing content, as in the case of “HIV knowledge” and “sexual health needs.”

The dimensions, categories and set of indicators are presented in Table 4, and the subcategories are discussed in more detail in the Supplementary material.

The final instrument had **73 questions and 94 indicators**. Table 5 shows the organization of the instrument:

Discussion

This research was framed according to a community-based research methodology that involves the active participation of the community in all its phases. This allows the quality and validity of the research to be improved through the incorporation of the knowledge of the individuals involved and a co-learning process [30, 31]. Consistent with this approach, the methodology involved the incorporation of adaptation and iteration processes in its different phases, which developed capacities through problem solving and conferred legitimacy to the procedures [36].

A set of indicators for monitoring the SH of migrants in Chile was developed and defined, resulting in an instrument composed of 73 questions and 94 indicators selected based on their relevance. We believe that the development of a monitoring instrument of this type, aimed at migrant populations, is valuable not only in Chile but also worldwide. This is because it exceeds the potential of a cross-sectional survey—by configuring a continuous data collection system that constitutes a source of information for action—with the potential to be permanently updated and adapted to different contexts.

An innovative and relevant aspect was the construction phase of measurable indicators from the primary qualitative data. The interviews collected information from the target population, thus incorporating key dimensions reported by them. Moreover, triangulation with secondary data sources allowed for the incorporation of previously validated indicators for both the general population and the migrant population, as well as diversification of the whole matrix, adding structural and specific indicators from the SH field. This allows for future data comparability to understand differences in key indicators’ behavior in populations with vulnerable contexts. Aligned with our research, we identified a similar experience proposing outcome indicators on community participation in improving SRH, highlighting how community engagement and empowerment enhance their capacity to achieve sustainable improvements in this field [37].

The participation of experts in migration and health issues, health professionals, and community workers, who contributed with their extensive knowledge and experience of working with migrant populations—both in the construction phase and in the validation of content—facilitated the achievement of a broad consensus to be achieved. The participation of experts is essential when constructing instruments because it allows for the incorporation of rigor into the process based on knowledge and learning from accumulated experience.

The set of proposed indicators reflects the complexity of migration, which includes structural barriers and cross-cutting axes of inequality. The SH of migrants

Table 4 Dimensions and categories and set of indicators

Dimension	Category	Indicators
Sociodemographic Background	Sex assigned at birth, sexual identity, age, country of birth, and educational level.	Sex assigned at birth, sexual identity, age, country of birth, and educational level.
Migratory trajectory and contexts of vulnerability	Context of departure Context of migration Settling in Chile	Reason for migration, intimate partner violence as a reason for migration, sexual violence as a reason for migration. Duration of the journey to Chile, elapsed time since arrival in Chile, mode of transportation during the journey to Chile, mode of entry into Chile. Migration status, employment status, domestic work, Type of work, receipt of wages/salaries, housing conditions. Occurrence of the following situations during settlement in Chile: retention of identification documents, living or sleeping in public spaces, loss of management or control over personal income, physical violence by strangers, Sex work, Transactional sex.
Violence	Discrimination, gender violence, sexual violence.	The following indicators, considering their occurrence since arrival in Chile: Perception of discrimination experienced, reason for discrimination encountered, sexual abuse or assault, sexual violence, physical gender-based violence, psychological gender-based violence, economic gender-based violence, sexual violence within intimate relationships, expression of sexuality in Chilean society.
Connection with the health system	Contact with the health system and access barriers.	Health care coverage, contact with the health care system in Chile, reason for using or contacting the health care system, reason for lack of access to the health care system in Chile
Sexual practices	Sexual initiation, sexual partners, condom use, chemsex, and last sexual relationship.	Age at first sexual intercourse, consent for first sexual intercourse, stable partner in the last 12 months, casual partner in the last 12 months, frequency of condom uses with casual partners in Chile, reason for not always using condoms with casual partners in Chile, Chemsex, Date of last sexual intercourse, characteristics of the last sexual intercourse
Sex work.		Engagement in sex work in Chile, context of initiation into sex work, frequency of condom uses during sex work, reasons for inconsistent or non-use of condoms in sex work.
Sexual health and access to sexual health	Gynecological or urological check-up Pap smear methods for preventing pregnancy STIs (not HIV) or other genital infections HIV	Time elapsed since the last gynecological/urological consultation, country of the last gynecological/urological consultation, reason for not accessing gynecological/urological care in Chile. History of ever having a Pap smear in lifetime, time elapsed since the last Pap smear, result of the last Pap smear, reason for never having had a Pap smear. Use of family planning methods in Chile, current pregnancy status, type of contraception used in Chile, source of contraception in Chile. History of STIs, names of diagnosed STI(s), treatment of diagnosed STI(s), abnormal genital discharge (in the last 12 months), sores or lumps on the penis/vagina or anus (in the last 12 months).
		The following indicators, considering Knowledge of HIV transmission routes: vertical transmission (during childbirth), vertical transmission (through breastfeeding), sexual transmission, sharing needles or syringes, transmission via blood transfusion or surgery, lack of knowledge or myths. Awareness of PrEP, history of ever having an HIV test (by country), reason for not having an HIV test in Chile, reason for having an HIV test in Chile, result of the last HIV test, use of antiretroviral therapy, experience of discrimination for living with HIV.
	pregnancy	Occurrence of pregnancies, age at first pregnancy, total number of pregnancies, number of unplanned/unwanted pregnancies, prenatal care in the country of origin (for the last pregnancy), occurrence of pregnancy in Chile, prenatal care in Chile (for the last pregnancy).
	abortion.	Occurrence of abortion (and type)
Sexual health needs	Need for sexual healthcare access in Chile and unmet needs.	Need for routine preventive gynecological/urological check-up, or care for discomfort in genitals/breasts, Need for access to breast examination, need for access to healthcare services for transgender individuals, unmet need for routine preventive gynecological/urological check-up, or care for discomfort in genitals/breasts, unmet need for breast examination, unmet healthcare needs for transgender individuals.

Table 5 Organization and instrument question before and after the pilot

Sections	Version 1 questions (Before the pilot)	Questions after the pilot
Sociodemographic background.	6	6
Migratory trajectory and contexts of vulnerability	11	11
a. Migratory journey	6	6
b. Context of settlement in Chile and its socioeconomic situation	5	5
Violence	5	5
Connection with the Chilean health system	4	4
Sexual practices	8	10
Sex work	4	3
Sexual health and access to sexual health	31	31
a. Gynecological/urological care	7	7
b. Pregnancy prevention	3	3
c. STIs (and other genital infections)	5	5
d. HIV	8	8
e. Obstetric history (pregnancy, abortion, and childbirth)	8	8
Sexual health needs	2	3
Total	71	73

cannot be studied in isolation because of their vulnerabilities and the associated impact [10]. Migration processes should be analyzed from a gender perspective because they are influenced by the intersection of various associated dimensions, such as race, class, sexuality, sexual orientation, and identity [38, 39], and marked by intersectional violence [40]. Therefore, it is essential to approach studies and interventions on migration and social security from an intersectional perspective to understand how power systems affect individuals and groups [41, 42].

Therefore, in the development of the instrument for monitoring the social security of migrants, priority was given to indicators of dimensions that address structural inequities from an intersectional perspective in its different phases—such as “Migratory Trajectories and Contexts of Vulnerability” and “Violence.” These indicators included in the instrument will allow us to reduce the knowledge gap and expand the analysis by including social security variables, structural factors, and contexts of migrant population vulnerability. Among the indicators of violence, “Discrimination” and “Sexual Violence” were included. The literature shows that the gender diversity/LGBTI+ population and women are groups in which these inequities are intensified. Examples of this in Chile are the high percentage of LGBT individuals who report discrimination (64% in the last year) and homophobic harassment (45%) [43]. Women report more sexual assaults and abuse than men (5.6% versus 7%) [44].

The literature reports efforts to identify sexual health indicators primarily at the population level, targeting the general population [45, 46], some based on review methodologies [47] (reference USA). Our results align with key areas such as family planning, sexual violence, and STIs/HIV [46, 47]. In reproductive health, proposed indicators related to health and well-being, such as stigma, fulfillment of support needs, productive roles (work, education, domestic tasks, caregiving), and social roles [48], also align with those in this study. While indicators of sexual satisfaction and function/dysfunction were considered [46, 48], they were excluded during the prioritization of our instrument. However, their inclusion may be relevant for future research.

This study has some limitations. The most common definition of health indicators is population-based [49], but this work focuses on individual indicators for a CBSS, which may be confusing, although there are similar experiences [50, 51]. The instrument was developed in Spanish because the objective is to implement a CBSS, and community devices do not have intercultural facilitators for its application in other languages. Therefore, in the future, considering that migration processes include individuals who speak other languages, it is essential that versions be adapted and translated to these populations. Furthermore, it was not possible to prioritize enough indicators using only the Delphi method, which led to the need to complement it with a less structured methodology, such as consulting experts.

Conclusion

The construction of indicators with the participation of the target population and key actors made it possible to reach a consensus on an information collection instrument that aims to be highly sensitive, since it incorporates the diversity of knowledge and experiences, as well as an intersectional perspective, contexts of vulnerability, and fundamental structural aspects for addressing sexual health in migrants.

Abbreviations

CBSS	Community-based surveillance system
CBOs	Community-based organizations
PHC	Primary health care
SH	Sexual Health
FG	Focus Group
LGBTI+	Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01587-3>.

Supplementary Material 1

Supplementary Material 2

Acknowledgements

The authors would like to thank all those who contributed to the development of this monitoring instrument, especially community workers and migrants who generously shared their life stories.

Author contributions

Conceptualization: VSA, JBP, JBD, MCP, CBI, CAP, CLD. Methodology: CAP, VSA, JBP, PCH, KLA. Formal analysis and investigation: CAP, KLA, CLD, VSA. Support in data collection for research: EC, DD, DS, CNH, CLV, VUH. Writing - original draft preparation: CAP. Writing - review and editing: All Authors. Funding acquisition: VSA.

Funding

This research was conducted as part of the project "Community-based surveillance of socio-epidemiological aspects linked to sexual health and related communicable diseases among the migrant population in Chile" - COSMIC, funded by the National Agency for Research and Development of Chile and the National Fund for Scientific and Technological Development (Fondecyt Regular 1220371).

Data availability

No datasets were generated or analysed during the current study.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This project was approved through Act No. 017/2022, of May 10, by the Bioethics Committee, the Vice-Rectorate for Research and Doctorate of the Andrés Bello University, and the Scientific Ethics Committees of the North (No. 022/2023) and Antofagasta (No. 038 - 23/2024) Metropolitan Health Services. Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Consent for publication

Not Applicable.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Author details

- ¹Biomedical Research Methodology and Public Health, Department of Pediatrics, Obstetrics, and Gynecology and Preventive Medicine and Public Health, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain
- ²Institute of Public Health, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile
- ³School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile
- ⁴School of Dentistry, Department of Health Sciences, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile
- ⁵Independent researcher, Santiago, Chile
- ⁶Chilean Association for Family Protection, APROFA, Santiago, Chile
- ⁷Antofagasta Branch, Chilean Red Cross, Antofagasta, Chile
- ⁸Crealuz Cultural and Personal Development Center, Antofagasta, Chile
- ⁹AIDS Healthcare Foundation, Santiago, Chile
- ¹⁰Fundación Savia, Santiago, Chile
- ¹¹Fundación Chile Positivo, Santiago, Chile
- ¹²Department of Education, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile
- ¹³Department of Obstetrics and Childcare, School of Medicine, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
- ¹⁴Department of Social Work, School of Social Sciences, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
- ¹⁵Department of Psychology, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile

Received: 24 October 2024 / Accepted: 30 March 2025

Published online: 09 April 2025

References

1. McAuliffe M, Triandafyllidou A, editors. World Migration Report 2022. Geneva: International Organization of Migration (IOM), 2021. Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>

2. United Nations. «International Migrant Stock| Population Division». Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
3. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, y, Quesada J. «Immigration as a social determinant of health». Annu. Rev. Public Health. 2015;36:375–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
4. OIM, «Health of Migrants: Resetting the Agenda - Report of the 2nd Global Consultation on Migrant Health - World», International Organization for Migration (IOM), Sri Lanka. oct. 2017. Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/health-migrants-resetting-agenda-report-2nd-global-consultation-migrant-health>
5. Lebaron A, et al. «Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review». BMC Public Health. jun. 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>. n.º 1.
6. Logie CH et al. «Sexual and reproductive health among forcibly displaced persons in urban environments in low and middle-income countries: scoping review findings». Reprod. Health. 2024;21(n.º 1):51. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01780-7>
7. Chawhandia C, Levin J, Ibisomi yL. «Factors associated with sexual and reproductive health service utilisation in high migration communities in six Southern African countries». BMC Public Health. 2022;22:876. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13308-4>.
8. Aldridge R et al. «Global Patterns of Mortality in International Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis», 7 de junio de., 2018, Rochester, NY: 3210901. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3210901>
9. WHO, «Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva», Geneva. 2006. Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/d25f08043443ca12013443cd25b000a6>
10. Abubakar I et al. «The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move», The Lancet. 2018;392(n.º 10164):2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
11. Letona P, Felker-Kantor E, Wheeler yJ. «Sexual and reproductive health of migrant women and girls from the Northern triangle of central America». Rev Panam Salud Pública. 2023;47:e59. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.59>.
12. Yarwood V, Checchi F, Lau K, Zimmerman yC. «LGBTQI+ Migrants: A Systematic Review and Conceptual Framework of Health, Safety and Wellbeing during Migration». Int. J. Environ. Res. Public. Health. 2022;19(n.º 2):Art. n.º 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020869>
13. Meyer IH. «Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence». Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2013;1:3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S3.n.º 5>.
14. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting yW. «Development of the gender minority stress and resilience measure». Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2015;2:65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>. n.º 1.
15. Panchenko S, Gabster A, Mayaud P, y, Erasquin JT. «Sexual health challenges in migrant, immigrant, and displaced populations 2022–2023». Curr. Opin. Infect. Dis. 2024;37(n.º 1):46. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000990>
16. UNAIDS, The gap report. Geneva: UNAIDS. 2014. Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/775321>
17. Sawadogo PM et al. sep., «Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review», PLOS ONE. 2023;18(n.º 9):e0291486. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291486>
18. UNAIDS, «Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS», Geneva. 2021. Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
19. Instituto Nacional de Estadísticas. «Proyecciones de Población de Chile al 22, según CENSO 2017», Default. Accedido: 9 de diciembre de 2024. [En línea]. Disponible en: <http://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
20. INE, «Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile 2022». 2023. Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <http://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion/2023/12/29/poblacion-extranjera-residente-en-chile-super-6-los-1-6-millones-de-personas-en-2022-con-un-6-6-de-ellas-en-situacion-irregular>

21. ONUSIDA, «Chile/2022». Accedido: 28 de abril de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>
22. Ministerio de Salud de Chile. «Informe de situación epidemiológica de gonorrea y sífilis Chile, 2018». 2019.
23. Ministerio de Salud de Chile. «Informe Epidemiológico Anual. Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). 2021». 2021.
24. OIM, «Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020», nov. 2019. Accedido: 21 de julio de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://publications.iom.int/es/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>
25. Solar O, Irwin A. «A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health», WHO Document Production Services, 2010. Accedido: 21 de julio de 2024. [En línea]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1903/23135>
26. World Health Organization, «Environmental health indicators: Framework and methodologies», World Health Organization, Geneva. 1999. Accedido: 26 de diciembre de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/WHO-SDE-OEH-99.10>
27. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, «Manual para el diseño y la construcción de indicadores. Instrumentos principales para el monitoreo de programas sociales de México», México. 2013. Accedido: 26 de diciembre de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Manual-para-el-diseño-y-la-construcción-de-indicadores.aspx>
28. Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting, «A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018», *Eurosurveillance*, vol. 24, n.º 2, p. 1800681, ene. 2019, <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>
29. David H, Peters, Nhan T, Tran T, Adam. «Implementation Research in Health: A Practical Guide», Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2013. Accedido: 4 de mayo de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://ahpsr.who.int/publications/item/9789241506212>
30. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker yAB. «Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health». *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
31. Israel BA, Schulz AJ, Parker EP, y, Becker AB. «Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research», *Educ. Health Change Learn. Pract.* 2001;14(n.º 2):182–197. <https://doi.org/10.1080/13576280110051055>
32. Ministerio de Salud de Chile, «ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, SEXUALIDAD Y GÉNERO (ENSSEX.) 2022–2023», EPI– Departamento de Epidemiología. Accedido: 4 de mayo de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/ensex-que-es-la-encuesta/>
33. Adrian Parra C, et al. «Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review». *Public Health*. feb. 2024;227:54–62. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.11.031>
34. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán yR. «Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud», *Investig. En Educ. Médica*. 2012;1(n.º 2):90–95.
35. García Valdés M. y M. Suárez Marín, «El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica», *Rev. Cuba. Salud Pública*. 2013;39(n.º 2):253–267.
36. Andrews M, Pritchett L, Woolcock yM. *Building State Capability: Evidence, Analysis, Action*. Oxford University Press, 2017. Accedido: 21 de julio de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://bsc.hks.harvard.edu/publications/building-state-capability-evidence-analysis-action/>
37. «Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health. A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators», Inter-Agency Working Group (IAWG), Washington, DC and New York, 2007. [En línea]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/resources/community-pathways-to-improved-adolescent-sexual-and-reproductive-health>
38. y Domínguez Amorós M, Contreras Hernández P. *Agencia femenina En Los procesos migratorios internacionales: Una Aproximación epistemológica*. *Empiria Rev Metodol Cienc Soc*. 2017;no 37:75–99.
39. Parella Rubio S, Reyes yL. «Identidades interseccionales: Mujeres migrantes poblanas con estatus migratorio indocumentado en Nueva York», en *Migración con ojos de mujer: Una mirada interseccional*, 2019, ISBN 978-958-5533-97-4, págs. 85–118, Universidad Simón Bolívar Colombia, 2019, pp. 85–118. Accedido: 8 de junio de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7793368>
40. Contreras-Hernández P. y M. Trujillo-Cristoffanini, «Matriz de violencia interseccional: experiencias y trayectorias de mujeres latinoamericanas en Barcelona», *Antípoda Rev. Antropol. Arqueol.*, 2023;n.º 51:Art. n.º 51, abr. <https://doi.org/10.7440/antipoda51.2023.08>
41. Crenshaw K. «Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics», *U Chi Leg. F.* 1989;1989:139, ene.
42. Shannon G et al. «Intersectional insights into racism and health: not just a question of identity», *Lancet Lond. Engl.* 2022;400(n.º 10368):2125–2136, dic. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02304-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02304-2)
43. Lisboa Donoso C. y V. Stuardo Ávila, «Aspects associated with sexualised drug use among gay men and other men who have sex with men: a cross-sectional study from the Latin America MSM Internet Survey 2018 - Chile», *Sex. Health*. 2020;17(n.º 6):493–502, dic. <https://doi.org/10.1071/SH20089>
44. Ministerio de Salud de Chile. «Preliminary results national health, sexuality and gender (ENSSEX)», Chile. [En línea]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/pri-mera-presentacion-de-resultados-encuesta-nacional-de-salud-sexualidad-y-genero-enssex-2022-2023/>
45. ECDC, «Core indicators». Accedido: 14 de diciembre de 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/core-indicators>
46. Toskin IA, Hawkes S, Moreno CG, Caceres CF, Zohrabyan yL. «S03.1 Sexual Health: Conceptual Framework and Recommendations For Indicators», *Sex. Transm. Infect.* 2013;89(n.º Suppl 1):A7–A8. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051184.0020>
47. Ford JV, Ivankovich MB, Coleman yE. «Sexual health indicators for the United States: Measuring progress and documenting public health needs», *Front. Public Health*. 10, ene. 2023, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1040097>
48. Sadana R. «Definition and measurement of reproductive health», *Bull. World Health Organ*. 2002;80(n.º 5):407–409.
49. Pan American Health Organization. «Health indicators. Conceptual and operational considerations». Washington, D.C: PAHO; 2018.
50. Smylie L, et al. «The development and validation of sexual health indicators of Canadians aged 16–24 years». *Public Health Rep*. 2013;128:53–61. n.º Suppl 1.
51. Sokoya T et al. jun., «Health Indicators as Measures of Individual Health Status and Their Public Perspectives: Cross-sectional Survey Study», *J. Med. Internet Res*. 2022;24(n.º 6):e38099 <https://doi.org/10.2196/38099>

Publisher's note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

ARTÍCULO 3

Pre-Implementation Evaluation of a Community-Based Surveillance System for Migrants' Sexual Health in Chile.

Constanza Adrian Parra, Valeria Stuardo Ávila, Kenny Low Andrade, Cristian Lisboa Donoso, Débora Solís, Danilo Gómez, Evelyn Cortés, Cecilia Bustos Ibarra, Paola Contreras Hernández, Jaime Barrientos Delgado y Mercedes Carrasco Portiño.

Sexes 2025, 6, 47.

RESULTADOS ARTÍCULO 3

La evaluación pre-implementación se desarrolló en dos fases:

Fase 1. Investigación formativa

En la caracterización de las OBC y centros de APS en Santiago y Antofagasta, se identificó una amplia heterogeneidad institucional. La mayoría de las OBC estaban orientadas a la defensa de derechos de personas migrantes, con un abordaje secundario de la SS y recursos limitados. Se seleccionaron 4 OBC, 2 en Santiago y 2 en Antofagasta (ambas fueron integradas en una unidad operativa única con el fin de potenciar sus capacidades colectivas). Las OBC seleccionadas contaban con infraestructura propia, disponían de espacios privados para consejería confidencial, experiencia en consejería de SS, y reportaron disposición a participar en investigación comunitaria. Los centros de APS, por su parte, presentaban similitudes estructurales y roles definidos en el sistema público, pero persistían limitaciones vinculadas a tiempos de espera, falta de formación intercultural y débil articulación con las organizaciones comunitarias. Se seleccionaron 2 Centros de APS (uno en cada ciudad) por su disposición a participar en el proyecto COSMIC y apertura para implementar ajustes orientados a mejorar la atención en salud de la población migrante.

Fase 2. Definición de circuitos de implementación

Para el desarrollo de los circuitos de implementación el SVBC a partir de entrevistas con informantes clave (OBC y APS) se identificaron consideraciones operativas. En las OBC se identificaron necesidades comunes como equipamiento informático, materiales de difusión, criterios claros de inclusión y mecanismos formales de derivación. Mientras que para los centros de APS, algunas diferencias en los procedimientos de inscripción de migrantes sin documentos y en la flexibilidad para otorgar atención prioritaria.

Con esta información y a partir de supuestos conceptuales provenientes de la literatura internacional sobre vigilancia sanitaria de salud pública y vigilancia, se generó una propuesta inicial de los circuitos de implementación de SVBC una estructura dual (para OBC y Centros de APS) que reflejara sus roles distintos pero complementarios: las OBC como actores de primera línea en el involucramiento comunitario, identificación temprana de casos y vinculación al cuidado; y los centros de APS como nodos institucionales de atención clínica. En las OBC se establecieron cuatro etapas secuenciales:

- Reclutamiento.
- Monitorización de indicadores socio-epidemiológicos de salud sexual.
- Consejería en salud sexual.
- Derivación a centro de APS.

En los centros de APS, en tanto, se definieron tres etapas:

- Recepción de la derivación,
- Gestión de citas de atención en salud
- Atención clínica de SS.

Posteriormente, se realizó una validación participativa mediante procesos de retroalimentación y consenso, permitió ajustar protocolos a las capacidades locales, clarificar criterios de elegibilidad y formalizar la coordinación interinstitucional.

Se consolidaron circuitos de implementación individualizados por institución, compilados en un “Manual de Implementación” con diagramas de flujo (individualizado para cada institución) y lineamientos para el uso de plataforma web del SVBC.

Article

Pre-Implementation Evaluation of a Community-Based Surveillance System for Migrants' Sexual Health in Chile

Constanza Adrian Parra ¹ , Valeria Stuardo Ávila ^{2,3,*}, Kenny Low Andrade ⁴, Cristian Lisboa Donoso ⁵ , Débora Solís ⁶, Danilo Gómez ⁷, Evelyn Cortés ⁸, Cecilia Bustos Ibarra ⁹, Paola Contreras Hernández ¹⁰ , Jaime Barrientos Delgado ¹¹  and Mercedes Carrasco-Portiño ¹² 

¹ Doctoral Program in Biomedical Research Methodology and Public Health, Department of Pediatrics, Obstetrics, and Gynecology and Preventive Medicine and Public Health, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Barcelona, Spain; constanzaadrian4340@gmail.com

² Institute of Public Health, Universidad Andrés Bello, Santiago 7550000, Chile

³ School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago 8380000, Chile

⁴ Independent Researcher, Santiago 8320000, Chile; klowandrade@gmail.com

⁵ Department of Health Sciences, School of Dentistry, Universidad Autónoma de Chile, Santiago 7500000, Chile; cristian.lisboa@ug.uchile.cl

⁶ APROFA, Santiago 7500000, Chile; dsolis@aprofa.cl

⁷ Chilean Red Cross Local Branch in Antofagasta, Antofagasta 1260000, Chile; filial.antofagasta@cruzroja.cl

⁸ Crealuz Centro Cultural y de Desarrollo Personal, Antofagasta 1240000, Chile; mayacian.b.a@gmail.com

⁹ Department of Social Work, School of Social Sciences, Universidad de Concepción, Concepción 4070386, Chile; cecbustos@udec.cl

¹⁰ Department of Education, Universidad de Tarapacá, Arica 1000000, Chile; pcontrerash@academicos.uta.cl

¹¹ Department of Psychology, Universidad Alberto Hurtado, Santiago 8320000, Chile; jbarrientos@uahurtado.cl

¹² Department of Obstetrics and Childcare, School of Medicine, Universidad de Concepción, Concepción 4070386, Chile; mecarrasco@udec.cl

* Correspondence: valeria.stuardo@unab.cl

Abstract

The increasing migration phenomenon and its impact on sexual health highlight the urgency of improving access to preventive services and developing responsive surveillance mechanisms. This study aims to describe the context and define the implementation circuits of a Community-Based Surveillance System (CBSS) focused on social epidemiological aspects related to sexual health in Chile's migrant population. A two-phase qualitative design was employed: Phase 1 involved formative research, and Phase 2 focused on the design of CBSS implementation circuits. The formative phase led to the selection and characterization of three community-based organizations (CBOs)—two in Santiago and one in Antofagasta—and two primary healthcare centers (PHCs). Findings revealed heterogeneity in institutional capacities, limited coordination between CBOs and the health system, and a high level of willingness to participate. PHCs showed comparable profiles. Based on this, differentiated operational circuits were co-designed and adapted with stakeholders, and formalized through site-specific implementation manuals. This pre-implementation evaluation helped identify critical contextual barriers and generate tailored strategies for CBSS deployment. The active involvement of local actors is essential to ensuring the contextual relevance, institutional acceptability, and future sustainability of the proposed model. These insights offer transferable learning for the design of health interventions in underserved and structurally constrained settings.

Keywords: sexual health; community-based surveillance; migrants; implementation research



Academic Editor: Eleanor Holroyd

Received: 25 May 2025

Revised: 7 August 2025

Accepted: 15 August 2025

Published: 20 August 2025

Citation: Adrian Parra, C.; Stuardo Ávila, V.; Low Andrade, K.; Lisboa Donoso, C.; Solís, D.; Gómez, D.; Cortés, E.; Bustos Ibarra, C.; Contreras Hernández, P.; Barrientos Delgado, J.; et al. Pre-Implementation Evaluation of a Community-Based Surveillance System for Migrants' Sexual Health in Chile. *Sexes* **2025**, *6*, 47. <https://doi.org/10.3390/sexes6030047>

Copyright: © 2025 by the authors.

Licensee MDPI, Basel, Switzerland.

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons

Attribution (CC BY) license

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

According to the Lancet Commission on Migration and Health [1], there are key challenges to ensuring safe and healthy migration. Migratory trajectories, ranging from the decision to emigrate and transit to processes of regularization or return, are often marked by situations of violence [1,2], which disproportionately affect groups experiencing heightened vulnerability. Women, for example, are often subjected to sexual violence and exploitation, while gender-diverse individuals additionally face stigma and discrimination [1]. These conditions increase exposure to risk factors for sexually transmitted infections (STIs), among others, often accompanied by limited or no access to healthcare services [1,3,4]. Therefore, ensuring access to preventive healthcare services in destination countries, as well as developing indicators that account for specific needs related to sexual health (SH), constitutes a priority for public health [1,5,6].

Migration in Chile has increased significantly over the last decade. In 2023, migrants accounted for 9.6% of the population, representing a 46.8% increase compared to 2018 [7]. The metropolitan area, located in the center of Chile and covering its capital, Santiago de Chile, has the largest proportion of foreigners, with 56.8% of the total estimated for 2023, followed by Antofagasta (6.7%) in the north of the country [7]. Additionally, there has been a sharp rise in the proportion of migrants with irregular migration status, which grew from 0.8% in 2018 to 17.6% in 2023 [5]. More than 70% of the migrant population originates from other Latin American countries, primarily Venezuela (38%) and Peru (13.6%) [7].

In response to this population's health needs and to ensure their access to care, Presidential Decree No. 67 of 2016 mandated that the public health system had to provide medical care to migrants, regardless of their documentation or residence status. This regulation also stipulated their inclusion as beneficiaries of the National Health Fund (FONASA, for its Spanish acronym) and their enrollment in primary, secondary, or tertiary healthcare levels [8]. However, several barriers to accessing and utilizing healthcare services still exist for this population [9], as evidenced by 16.4% of migrants lacking health insurance (compared to 1.7% of the local population) and an equal proportion not receiving care for recent health issues, vs. 9.5% among Chilean-born individuals [10]. In parallel, there has been a re-emergence of the HIV epidemic in Chile, with an incidence of 0.25 cases per 1000 inhabitants in 2022 [11], along with an increase in cases of syphilis and gonorrhea [12,13]. New HIV diagnoses in migrants grew from 20.2% to 33.8% between 2017 and 2021 [14], suggesting an increase in SH needs among migrants that have not been fulfilled by the formal healthcare system.

However, conventional epidemiological surveillance systems, which focus primarily on biomedical indicators, fail to capture the social and cultural factors underlying these disparities, limiting the design of contextualized interventions. Community-based research offers a critical approach to addressing these gaps, as it enables access to populations and issues that are frequently overlooked by traditional methods [15,16]. By actively involving communities, this research generates essential evidence to inform equity-focused policies and programs, particularly in sexual health [17]. Within this framework, community-based surveillance (CBS), understood as an active process of community participation in the detection, reporting, response, and follow-up of health events in the community, involves the continuous and systematic collection of data [18] and can provide sensitive information for the timely detection of diseases or aspects related to health inequalities [19].

In Chile, community-based organizations (CBOs) often serve as the first point of care for vulnerable populations, especially migrants with irregular status. However, the absence of a system for collecting and analyzing socio-epidemiological and cultural information restricts access to key data needed for decision-making and the effective implementation of sexual health policies. Within this framework, implementation research offers an integrative

approach that combines study and practice, fostering collaboration among communities, implementers, researchers, and policymakers to enhance the execution of health policies with greater equity, efficiency, and sustainability [20], where monitoring and evaluation are essential for adapting and iterating these interventions [21].

This work is part of the COSMIC project (FONDECYT, Regulation No. 1220371), which aims to develop a system to monitor social epidemiological and cultural aspects related to SH and communicable diseases in the migrant population in Chile, as well as to facilitate their linkage with primary healthcare centers (PHCs), within the framework of implementation research [22]. As a foundational step, a set of socio-epidemiological indicators of sexual health was previously developed, understood as social, cultural, economic, and contextual factors that, in interaction with epidemiological patterns, determine the sexual health status of migrant populations [23]. Building on this groundwork, a Community-Based Surveillance System (CBSS) was designed to monitor these indicators in real time. This article evaluates the pre-implementation phase of the CBSS, with the aim of describing its context and defining its implementation circuits, a key component within implementation research.

2. Materials and Methods

2.1. Design

This pre-implementation evaluation employed a qualitative methodology grounded in implementation research (IR) principles, which emphasize the importance of generating context-specific evidence to inform the adaptation and scaling of interventions in real-world settings. This study was conducted in two sequential phases: (1) formative research, and (2) definition of CBSS implementation circuits.

2.2. Study Setting and Context

The study was conducted in Santiago and Antofagasta, cities with the highest proportions of international migrants in Chile [7] and a significant burden of communicable diseases related to SH [14]. Accordingly, the target population consisted of CBOs and PHCs located in these cities, given their strategic relevance for the implementation of a CBSS tailored to the sexual health needs of migrant populations.

2.3. Phase 1: Formative Research

Formative research helps define and assess a community of interest to describe relevant attributes for specific public health problems [24]. This phase involved a review of the literature and collection of qualitative data through semi-structured interviews to identify and characterize CBOs and PHCs potentially suitable for CBSS implementation.

2.3.1. Identification of CBOs and PHCs

First, CBOs addressing migration and SH in the selected cities were identified with the literature review (including institutional reports, regulatory frameworks, and legal documents) as well as online and social media searches. The objective was to characterize their activities and establish initial contact.

Subsequently, brief structured interviews were conducted with representatives of these CBOs to present the study objective and apply screening questions aimed at determining whether they addressed health issues—particularly sexual health—and whether they worked directly with migrant populations or included migrants among their beneficiaries.

For PHCs, the selection criteria included being healthcare centers that were part of the Access to Migrant Healthcare Program of the Ministry of Health.

2.3.2. Characterization and Selection of Participants for the COSMIC Project

Once CBOs and PHCs were identified, semi-structured interviews were conducted with their representatives and other key stakeholders (community leaders) in migration and health. The interview guide (Supplementary Material) covered the general characteristics, organizational structure, specific actions related to health and SH, links with other institutions, and prior research involvement. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed by deductive thematic analysis. Codes and categories were developed to extract relevant information. For the CBOs and PHCs, the categories of analysis were as follows (Table 1):

Table 1. Analytical Categories for the Characterization Process of CBOs and PHCs.

Institution	Category	Description
CBOs	Administrative characterization	Includes location, facilities, participants, technical capacities, and migrant population served.
	Organizational objectives	Identifies general actions and those related to sexual health.
	Connection	Explores relationships with other CBOs, public programs, and PHCs.
	Community research	Analyzes past research experience, its evaluation, and expectations for future collaboration.
PHCs	General characteristics	Covers administrative unit, location, healthcare staff, available programs, and services.
	Sexual health programs	Describes program origin (MINSAL or local), staff, and healthcare services offered.
	Access facilitators	Focuses on enrollment procedures and initial interactions for migrants.
	Access barriers	Identifies barriers in accessing sexual health services for migrant population.
	Link to CBOs	Examines knowledge of and coordination with CBOs.
	Reception of external research	Assesses experiences with and evaluations of external research initiatives.

Source: Prepared by the authors, COSMIC project.

Following characterization, the most suitable CBOs and PHCs were selected and invited to participate in the COSMIC project, while respecting the ethical considerations in research.

2.4. Phase 2: Definition of CBSS Implementation Circuits

The CBSS “Implementation Circuits” are the operational pathways designed to structure user participation at both OBCs and PHCs. These flowcharts serve as tool to define roles, processes, and responsibilities, facilitating a shared understanding and adaptation to local capacities and contextual [23]. This phase involved group interviews with key informants from CBOs and PHCs, followed by a group meeting for analysis, feedback, and consensus on the implementation circuits.

2.4.1. Operational Considerations from Key Informant Interviews

Before implementing the CBSS, six semi-structured group interviews were conducted with key informants from CBOs and PHCs in Santiago and Antofagasta to explore perceived barriers and facilitators. The interview guide (Supplementary Material) addressed topics such as staff training needs in SH for migrants (e.g., cultural relevance and communication), digital platform design, and information flow, among others.

Participants were selected through convenience sampling among COSMIC project partners. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using deductive thematic analysis for qualitative information to identify key implementation considerations.

2.4.2. Design of the Surveillance System Implementation Circuit

The implementation circuits for CBOs and PHCs were developed to support the operationalization of the CBSS. Their design was grounded in conceptual assumptions of CBSS and operational considerations identified through key informant interviews, and was subsequently refined through group review, feedback, and consensus.

3. Results

The following results derive from the pre-implementation evaluation of the CBSS, structured in two complementary phases: (1) a formative research phase and (2) the definition of implementation circuits.

3.1. Phase 1: Formative Research

3.1.1. Identification of Organizations and PHCs

According to the literature review, based on Chilean legislation (Acts No. 19,418 and No. 20,500), CBOs are private, autonomous, non-profit organizations composed of voluntary members, and governed by formal statutes. As of 2020, they represented 80% of civil society organizations in Chile, with most of them recently established and operating in a decentralized manner. However, only 1% of these were focused on health-related issues [25].

Through online platforms and social media, 35 CBOs working on migration and health were initially identified (22 in Santiago and 13 in Antofagasta). Of these, eight in Santiago and five in Antofagasta participated in the initial characterization process. Interviews with representatives of these organizations explored their institutional work and interest in community-based research. In parallel, 15 key informants (1 from CBOs and 6 from PHCs in Santiago; 3 from CBOs and 5 from PHCs in Antofagasta) were interviewed to gather further insights into their experiences and knowledge.

As for the PHCs, four were identified as particularly relevant due to their high proportion of migrant population: two in Antofagasta and two in Santiago (one in the district of Independencia and one in the district of Santiago Centro).

3.1.2. Characterization and Selection of Participants for the COSMIC Project

A total of 29 interviews were conducted (16 in Santiago and 13 in Antofagasta), which allowed access to representatives of 14 CBOs and 15 key informants. The analysis showed that most CBOs prioritized political activism and the defense of migrants' rights, while health—particularly sexual health—was addressed as a secondary concern, mainly through occasional counseling activities.

Large CBOs, with dedicated headquarters and sufficient resources to pay their members or hire professionals, were a minority within the group studied. Most organizations were smaller, composed of volunteers, and often lacked their own premises. Regarding collaboration, there was substantial interconnection among CBOs focused on defending migrants' rights, along with formal coordination with state institutions—particularly those linked to social development—for the funding of specific projects. However, their engagement with the health system was generally informal and sporadic, primarily to handle emergencies by leveraging personal contacts to facilitate access. Finally, as concerning the reception of external research initiatives, there was little systematic work and a prevailing distrustful attitude toward academic research.

A total of four CBOs were selected, two in Santiago and two in Antofagasta, the latter integrated into a single operational unit to enhance their collective capabilities. The CBOs had their own infrastructure (headquarters), including a room or private space suitable for confidential counseling, conducted activities related to SH, and demonstrated the

technical capacity to deliver such services. Moreover, all expressed a clear willingness to engage in community-based research in collaboration with academic institutions. Table 2 characterizes each of them:

Table 2. Characterization of selected community-based organizations.

Aspects	CBO 1	CBO 2	CBO 3	CBO 4
Infrastructure	Headquarters in Santiago, Conchalí district	Headquarters in Santiago, Providencia district	Headquartered in the city of Antofagasta	Based in the city of Antofagasta
Staff	Volunteers	Employed healthcare personnel	Volunteers	Volunteers
Services available	Rapid testing for HIV and other STIs and sexual health counseling	Sexual and reproductive healthcare	Emergency assistance and health and wellbeing promotion	Rapid HIV testing and sexual health counseling
Target population	Gender-diverse individuals	Women	General population	Gender-diverse individuals
Willingness to assist migrants	Yes	Yes	Yes	Yes
Willingness to work on research projects	Yes	Yes	Yes	Yes

Source: Prepared by the authors, COSMIC project.

The characterization of PHCs revealed structural similarities. Family Health Care Centers (CESFAM) operate within defined territories and provide preventive, family centered care. Their smaller counterparts, Community Family Health Care Centers (CECOSF), are administratively dependent on CESFAMs and have fewer staff. Both offer multidisciplinary services. SH care is limited to the National Women's Program, which focuses on pregnancy and family planning. Although counseling is available to support migrants in accessing care and obtaining a Temporary Health Care Number (NIP), significant barriers persist, such as waiting times, insufficient intercultural training, and inadequate social treatment. Engagement with CBOs and research initiatives remains scarce, mainly due to the staff workload.

Two PHCs were selected, one CESFAM in Santiago (Independencia district, PHC_S) and one CECOSF in Antofagasta (PHC_A). Given the structural similarities among centers, selection was primarily based on their expressed willingness to participate in the COSMIC project and their readiness to implement adjustments to improve migrant healthcare services.

Finally, to establish the linkage between each institution and the COSMIC project team, a representative was designated for each CBO and PHC, most of whom were professionals from the health or social sciences fields. These representatives played a key role in coordinating with the project and within their respective institutions.

In conclusion, this phase enabled the characterization of the organizational and healthcare context relevant to CBSS implementation, identifying key limitations such as insufficient infrastructure, limited human resources, and weak linkages between CBOs and the health system. Based on these findings, the most suitable OBCs and PHCs were selected for implementation. This contextual understanding will inform the next phase of the study, allowing for the adaptation of implementation strategies to ensure their relevance and alignment with local capacities.

3.2. Phase 2: Definition of Implementation Circuits

Building on the findings of the formative phase, the second stage of this pre-implementation evaluation focused on designing and tailoring the implementation circuits of the CBSS.

3.2.1. Operational Considerations from Key Informant Interviews

The information from the CBO and PHC interviews was systematized to identify key aspects for the development of the CBSS implementation circuits. This analysis led to the following results:

- CBOs:

CBOs have similarities and differences in their readiness and installed capacity for the implementation of the CBSS proposed by the COSMIC project (Table 3).

Table 3. Results of interviews with CBO members for the development of CBSS implementation circuits.

Dimension	Description of Findings
Monitoring system functioning	Most of the CBOs required computer equipment. To enter data in the COSMIC's digital platform, differentiated access profiles had to be set, considering that the person making the initial registration may differ from the one providing care.
Visualization of data generated by COSMIC	All the CBOs considered the information to be useful, although the perception of its purpose varied, from informing superiors to community outreach or project applications.
Recruitment of participants	Uncertainty about the inclusion and eligibility criteria was identified, particularly in relation to non-Spanish-speaking migrants and children under 18 years of age. The CBOs also presented different levels of adequacy in terms of physical space and opening hours available for the implementation of CBSS: in general, opening hours were restricted to spontaneous consultations, except for CBO 2, whose staff worked extended hours.
Other common needs of CBOs	Material for project dissemination, access to the health system and on SH topics were needed, as well as a maximum time of 30 min to monitor indicators and care, and the adequacy of the mechanisms for referral to PHCs by means of a paper form, highlighting the importance of proper coordination with the COSMIC team and PHCs.

Source: Prepared by the authors, COSMIC project.

- PHCs:

In both PHCs, similarities were found in terms of operation and preferences for implementing the CBSS (Table 4).

Table 4. Results of interviews with members of PHCs for the development of CBSS implementation circuits.

Dimension	Description of Findings
Referral from CBO to PHC	Referral was made through a paper form with COSMIC identification and the generation of an anonymized code indicating the referral professional. Moreover, PHC_S considered it necessary to incorporate information on the reason for the referral.
Reception of referral	In both establishments, the reception was made by staff of the Medical-Statistical Guidance Service (SOME, for its Spanish acronym), where user registration at PHC is verified and the NIP for migrants is processed. At PHC_S, the possibility of exclusive care for residents/workers under the jurisdiction of the North Metropolitan Health Service of Santiago [26], their territory of health responsibility, was suggested.
Processing of a temporary health care number	No PHC reported receiving migrants without an ID card/passport. However, while individuals from the PHC_A were informed of the existence of a legal way to register migrants (Circular N°5) [27], this was not the case for PHC_S.

Table 4. Cont.

Dimension	Description of Findings
Sexual healthcare	Individuals referred by COSMIC could not be immediately treated at none of the PHCs. However, providing care according to availability was regarded as feasible by PHC_A, whereas PHC_S considered it under its usual schedule.
Data visualization	Although the healthcare team at both centers did not consider using the data generated by COSMIC, its value to community workers and the migrant health program was recognized [27].
Coordination with CBO and the COSMIC team	Both centers showed availability to hold coordination meetings with CBOs and the COSMIC team, preferably coordinated via email or WhatsApp.
Other common needs	Both PHCs had several operational mechanisms in common, but differed in certain aspects regarding migrant enrollment, as well as in the flexibility or possibility to provide prioritized SH care.

Source: Prepared by the authors, COSMIC project.

3.2.2. Design of the Implementation Circuit of the Surveillance System Initial Proposal

The preliminary circuits were informed by conceptual assumptions drawn from the international literature on CBS and public health surveillance systems, as well as national guidelines for primary healthcare in Chile. These initial models proposed a dual-circuit structure—one for CBOs and one for PHCs—reflecting their distinct but complementary roles in surveillance: CBOs as frontline actors in community engagement, early case identification, and linkage to care; and PHCs as institutional nodes for clinical care. The definition of the operational stages also incorporated key considerations derived from the interviews with CBO and PHC staff, which provided strategic insights into infrastructure, referral, information flow, and user eligibility. After analyzing these interviews, relevant components for the CBSS circuit were clearly identified, covering stages from participant recruitment to referral to PHCs. Based on this, a general circuit proposal was developed for CBOs, as shown in Figure 1.

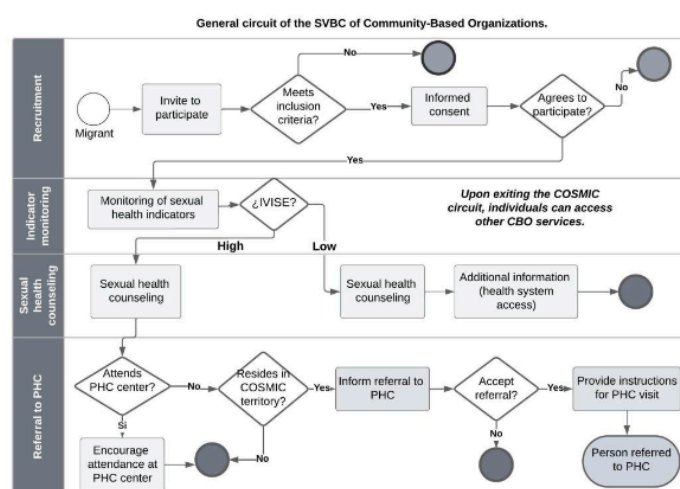


Figure 1. General circuit of the CBOs' CBSS.

The proposed circuit was structured into distinct operational stages, each of which is described below:

Stage 1, recruitment: takes place from the moment migrants visit each CBO, where compliance with the inclusion criteria is verified. If they meet these requirements, they are invited to participate in the COSMIC project and proceed with signing the informed consent. If the person chooses not to participate, the usual care continues to be provided at each CBO.

Stage 2, monitoring of social epidemiological indicators of sexual health: monitoring is carried out through a questionnaire available on the web platform. A community worker generates a unique code for each participant and applies the set of social epidemiological indicators [23]. At the end of the instrument application process, the platform automatically calculates the Individual Vulnerability Index Related to Sexual Health (IVISE, for its Spanish acronym). Regardless of the result obtained, all participants are directed to the next stage of SH counseling.

Stage 3, sexual health counseling: SH counseling is offered according to everyone's needs. If the IVISE is low, information on access to the health system is provided, and participation is concluded. If the IVISE is high, referral to a PHC is initiated.

Stage 4, referral to a PHC: Migrants are checked to see if they are enrolled in a PHC center. If not, information is provided on how to access one, and the referral process is explained. Individuals may accept or reject the referral. If they accept, they are given the form to facilitate access to the PHC.

A similar process was followed for PHCs, resulting in the development of a general implementation circuit depicted in Figure 2.

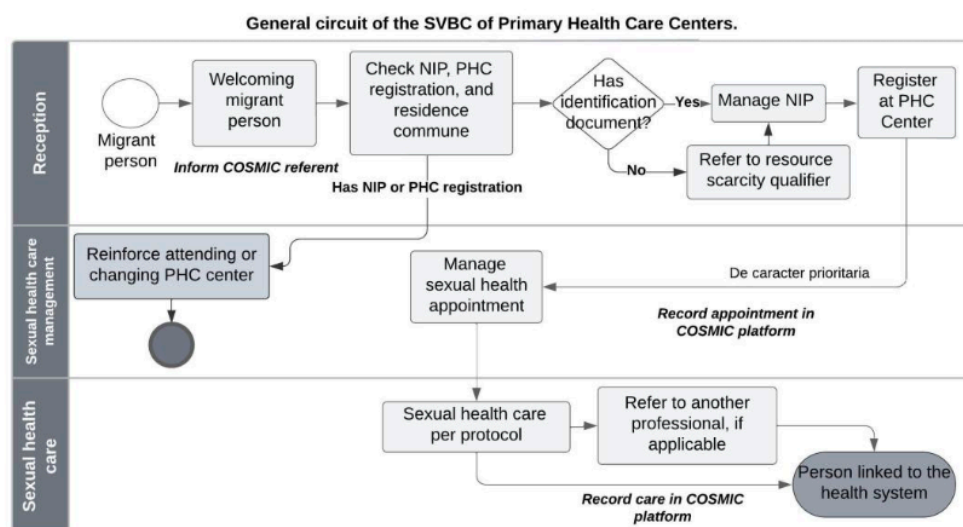


Figure 2. General circuit of the PHCs' CBSS.

This circuit includes the following stages:

Stage 1, reception: Migrants referred from the CBO visit the PHC with their referral form. The receiving staff verifies their documentation and, if applicable, start the enrollment process in the establishment.

Stage 2, management of health care appointment: Once enrolled, an appointment is arranged with a sexual health professional (midwife or matron). It is essential to record these proceedings to ensure traceability of the follow-up process.

Stage 3, sexual healthcare: Sexual healthcare is provided and, if required, the patient is referred to another professional for further care, under the principle of comprehensive healthcare.

Participatory Adaptation and Final Implementation Circuits

The initial CBBS implementation circuits were presented to representatives of CBOs and PHCs in a joint working session. This participatory activity aimed to empirically validate the proposed model and generate specific adjustments based on institutional capacities. The session involved a guided review of each stage of the circuits, encouraging participants to share perceived challenges, feasibility constraints, and adaptation suggestions.

The discussions were organized separately for CBOs and PHCs, acknowledging the heterogeneity between these types of institutions. For CBOs, the main challenges identified included staff assignment for participant reception, verification of inclusion criteria, and management of the informed consent process. In PHCs, key issues centered on verifying eligibility for care, standardized user registration on the platform, and scheduling of sexual health appointments. The topics raised during these sessions were directly integrated into the redesign of the implementation circuits, resulting in specific operational adjustments tailored to each institutional context. Table 5 summarizes the main operational challenges and the changes implemented through this participatory process.

Table 5. Main operational challenges and changes implemented in the final CBSS implementation circuits.

Institution	Operational Focus	Main Adjustments and Observations
CBOs	Recruitment and Consent	Staff availability for eligibility verification; differences in reception protocols across sites.
	Data Input	Access to devices; differentiated user roles for data entry and service delivery.
PHCs	Intake and Eligibility Verification	Clarification of eligibility pathways for undocumented migrants.
	Appointment Scheduling	Variation in SH service availability; need to assign responsible personnel.
Both	Communication and Coordination	Need to formalize referral pathways and feedback loops between CBOs and PHCs.

Source: Prepared by the authors, COSMIC project.

Following this validation round, an asynchronous consultation process was conducted via email to finalize site-specific adaptations. This phase enabled each institution to confirm the designated professionals responsible for CBSS implementation and to define their respective operational protocols. As a result, individualized implementation circuits were developed and compiled into an Institutional Implementation Manual, which included visual flowcharts, platform usage guidelines, and communication tools for participant interaction.

Finally, tailored CBSS implementation circuits were finalized for each participating CBO and PHC. For reporting purposes, Figures 3 and 4 present a standardized models that reflect the core operational stages defined during this process. Tailored CBSS implementation circuits were finalized for each participating CBO and PHC. For reporting purposes, Figures 3 and 4 present standardized models that reflect the core operational stages defined during this process.

CBO circuits (Figure 3) include four sequential stages—recruitment, indicators monitoring, counseling, and referral—with adaptations reflecting each organization’s specific workflows, staff availability, and user interaction models. For example, CBO 3 conducted participant intake exclusively on a first-come, first-served basis, while CBOs 1 and 2 allowed both walk-ins and scheduled appointments. Differences were also observed in how informed consent was obtained and how sexual health counseling was integrated, with CBO 2 offering it only in specific clinical cases.

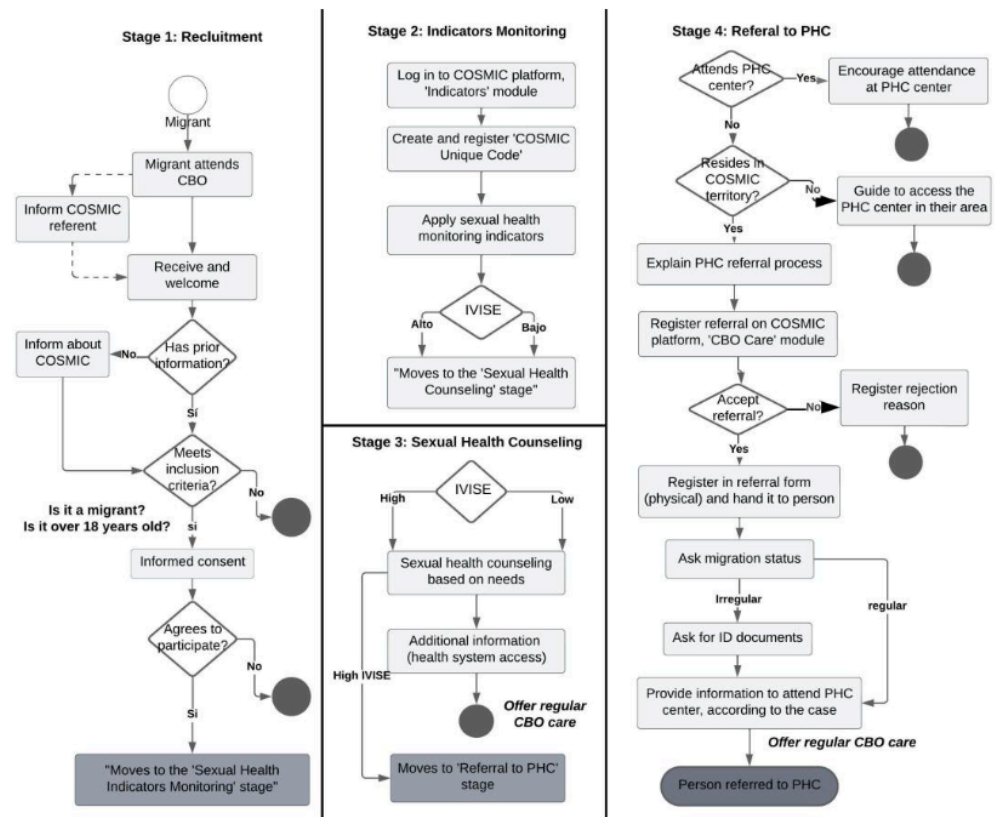


Figure 3. Four-stage implementation circuit of the CBOs' CBSS.

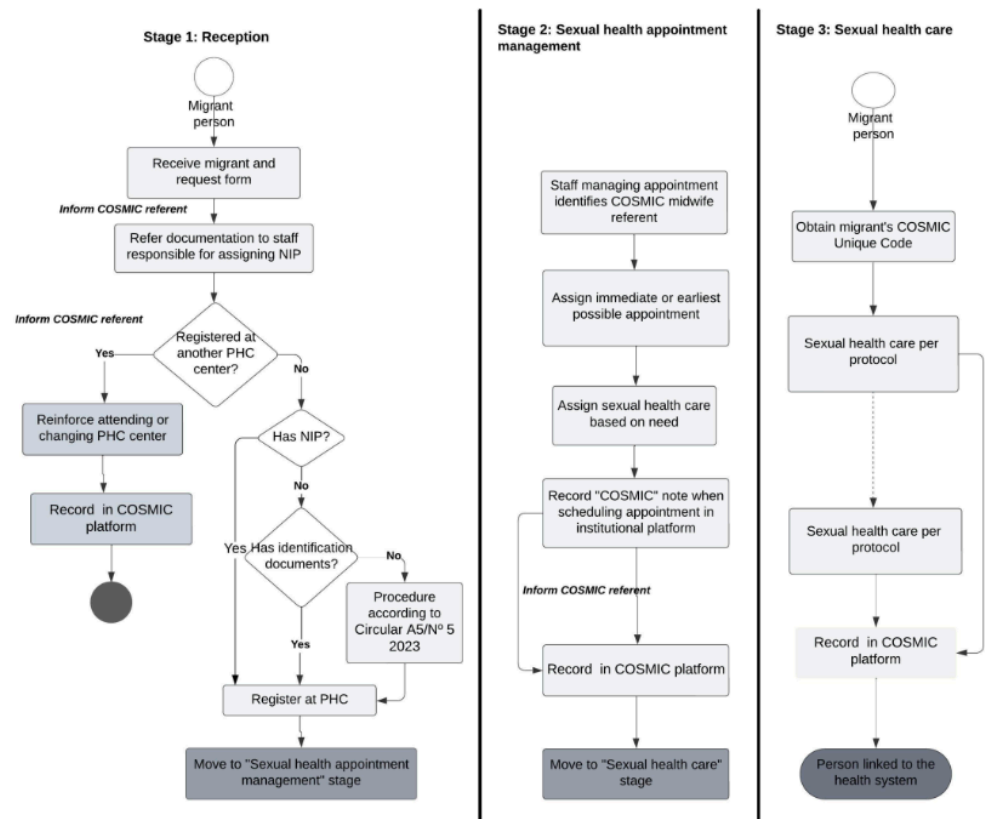


Figure 4. Three-stage implementation circuit of the PHCs' CBSS.

PHC circuits (Figure 4), in contrast, follow a more uniform three-stage structure—reception, appointment management, and healthcare delivery. Despite institutional variations, the core flow remained consistent, requiring only adjustments in staff assignments and enrollment procedures based on territorial health jurisdiction and available services.

In conclusion, the second phase of this pre-implementation evaluation focused on translating the findings from the formative stage into an operational design through an iterative and participatory process of developing and refining the CBSS implementation circuits. This phase allowed for the adaptation of the system to the actual capacities, constraints, and workflows of the participating institutions—both CBOs and PHCs—thus strengthening the technical and contextual relevance of the circuits. Key contributions included the identification of operational challenges—such as staff availability, verification of eligibility criteria, referral management, and inter-institutional coordination—as well as the development of tailored solutions for each setting. The resulting circuits offer a context-sensitive implementation model that fosters institutional ownership, improves integration with existing practices, and lays the groundwork for future CBSS deployment, addressing core dimensions of implementation research such as adaptability, acceptability, and sustainability.

4. Discussion

This study helped to conduct a pre-implementation evaluation of a CBSS designed to monitor social epidemiological aspects related to SH among the migrant population of two cities from different regions of Chile. This process enabled the development of tailored internal implementation circuits for each participating organization and the establishment of referral strategies to PHCs.

In implementation research (IR), evaluation processes are essential for enhancing the effectiveness of health interventions in real settings, as they help identify and address barriers that hinder proper implementation [21]. This is particularly important given that IR does not control or isolate the conditions or context in which it operates, but rather works within the complex and dynamic environment where interventions take place [28]. A pre-implementation evaluation is crucial because it allows for the early identification of contextual barriers, helps prevent resource or participant losses, and supports timely adaptations to interventions to preserve their effectiveness [21].

From the perspective of IR [22], this paper examines key components of the pre-implementation evaluation framework [21]. It offers a detailed description and characterization of its context and stakeholders, as well as the intervention implementation process and the strategies employed [20,29]. Furthermore, it discusses the adaptations required during implementation [17,28], providing practical insights and evidence that may support researchers and practitioners in tailoring and deploying similar interventions across diverse contexts.

Regarding the identification and addressing of barriers, several studies have identified obstacles to access to SH care among the migrant population [30,31]. The pre-implementation evaluation of this CBSS took into account the complexity of monitoring SH and facilitating access for migrants, given the intersection of violence, and thus sought to reduce some forms of violence and aimed to mitigate some forms of violence through the involvement of CBOs and PHC workers. This included addressing factors such as migratory status, distrust, lack of coverage, and the complexity of the system itself [30]. Although one of its objectives was to strengthen the connection between the public health system and the most vulnerable migrants, this remains a significant challenge, as Chile's public health system is fragmented and hierarchical, hindering access and coordination [32]. Moreover, its segmentation by risk and income generates inequity and inefficiency, concentrating the highest-risk and lowest-income population within the public system [33].

However, IR is expected to be carried out under real-world management and financing conditions [20]. This work is the result of a funded project, and the pre-implementation evaluation made it possible to adapt certain technological and operational conditions to ensure the proper functioning of the CBSS. The literature indicates that such adaptations are common in low- and middle-income countries [34], and given that this is a CBSS, its implementation entails logistical, financial, and technical costs [18].

In the process leading up to the implementation of the CBSS described in this paper, the role of CBOs as valuable sources of public health information should be acknowledged. Accordingly, efforts were made to strengthen their capacities to carry out the surveillance process. Furthermore, measures were implemented to improve the flow of information between CBOs and PHCs, in line with several international guidelines [35].

Moreover, based on the experience gained from this project, several key aspects for ensuring the effectiveness of CBSS should be underscored, including the identification of contextual barriers and the definition of appropriate strategies [36]. One such strategy is integrating the activities related to CBSS operations into the existing responsibilities of community workers. Accordingly, it is essential to streamline and optimize processes to avoid duplicating tasks and facilitate the collection of relevant information [35]. Additionally, involving workers—leveraging their knowledge and experience—in adapting the implementation circuits of the surveillance system has been shown to significantly enhance acceptability and commitment to the CBSS, as supported by the literature in this field [37].

The main lessons and findings of our study lie in the participatory and collaborative nature of the process leading up to the implementation of the CBSS, including the development of the monitoring indicators [23], which involved different CBSS stakeholders. Multidisciplinary and stakeholder participation in the design and implementation of the intervention is a central component of IR [28], which is confirmed in this work. The CBSS was developed through an iterative approach, which required the constant capacity to adapt, both methodologically and operationally, to respond to contingencies that arose locally, in the CBOs or in the public health system.

The work carried out in the development and definition of the CBSS implementation circuits, together with the preparation of manuals and process systematization, strengthens the feasibility and sustainability of CBSS. It also helps document and share the development of an intervention implementation phase in a real environment, without artificially modified conditions, which provides relevant evidence on its applicability and effectiveness in specific contexts [21]. This experience not only contributes to the continuous improvement of the model but also generates transferable learning, facilitating future adaptations to other populations or territories of interest, in line with the dynamic and adaptive IR approaches.

Our study has some limitations. The selection of CBOs and PHCs was based on a formative study; however, for PHCs, centers that were willing to participate were prioritized, which required adapting the CBSS referral circuit to the administrative definitions of the public health system and its areas of responsibility. The reliance on volunteers from CBOs evinced the need for strategies to ensure their sustainability. Nevertheless, the iterative process, consultation with various stakeholders, and active community participation were key strategies for managing our positionality and potential biases. These approaches incorporated diverse perspectives, collectively validated the findings, and allowed the CBSS circuits to be adapted to local realities, thereby enhancing their relevance and legitimacy.

5. Conclusions

This pre-implementation evaluation enabled the characterization of institutional capacities, the identification of contextual barriers, and the participatory design of operational circuits for a CBSS focused on SH among the migrant population in Chile. Through a

NIP	Temporary identification number
IVISE	Social–Epidemiological Vulnerability Index
IR	Implementation Research

References

1. Abubakar, I.; Aldridge, R.W.; Devakumar, D.; Orcutt, M.; Burns, R.; Barreto, M.L.; Dhavan, P.; Fouad, F.M.; Groce, N.; Guo, Y.; et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *Lancet* **2018**, *392*, 2606–2654. [CrossRef] [PubMed]
2. Pries, L.; Calderón Morillón, O.; Estrada Ceron, B.A. Trajectories of Forced Migration: Central American Migrants on Their Way Toward the USA. *J. Migr. Hum. Secur.* **2024**, *12*, 39–53. [CrossRef]
3. Salas, A.C.; Reyes, G.C.; Reyes, M.S. Salud sexual y reproductiva y migración latinoamericana en Chile. Una aproximación cualitativa a las situaciones de riesgos y conductas de prevención del VIH–SIDA. *Cuad. Méd. Soc.* **2010**, *50*, 322–339.
4. Mellini, L.; Poglia Mileti, F.; Tadorian, M. Migrants facing intersectional vulnerability to HIV and AIDS in Switzerland: An exploratory study. *Cult. Health Sex.* **2024**, *26*, 1350–1364. [CrossRef] [PubMed]
5. World Health Organization. Global Health Sector Strategies on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for the Period 2022–2030. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779> (accessed on 16 July 2025).
6. McAuliffe, M.; Triandafyllidou, A. (Eds.) *World Migration Report 2022*; International Organization of Migration (IOM): Geneva, Switzerland, 2021; Available online: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022> (accessed on 28 April 2024).
7. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Informe de Resultados de la Estimación de Personas Extranjeras a Diciembre del Año 2023. 2024. Available online: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/informe-resultados-epe2023.pdf?sfvrsn=91b95f6f_8 (accessed on 28 March 2025).
8. Ministerio de Salud de Chile Decreto 67/Modifica Decreto No 110 de 2004, del Ministerio de Salud, Que Fija Circunstancias y Mecanismos Para Acreditar a Las Personas Como Carentes de Recursos o Indigentes. 2016. Available online: <https://www.bcn.cl/leychile> (accessed on 25 November 2024).
9. Cabieses, B.; Oyarte, M. Acceso a Salud en Inmigrantes: Identificando Brechas Para la Protección Social en Salud. *Rev. Saúde Pública* **2020**, *54*, 20. [CrossRef] [PubMed]
10. Ministerio de Desarrollo Social y Familia Observatorio Social: Encuesta CASEN 2022: Estadísticas: Salud Casen 2022. Available online: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022> (accessed on 28 March 2025).
11. ONUSIDA Chile/2022. Available online: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile> (accessed on 28 April 2024).
12. Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico Anual, Infección Gonocócica 2022; Subsecretaría de Salud Pública: Santiago, Chile, 2024. Available online: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/2024.03.01_Informe-gonorrrea-2022.pdf (accessed on 22 May 2025).
13. Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico Anual, Sífilis 2022; Subsecretaría de Salud Pública: Santiago, Chile, 2024. Available online: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/06/Informe_sifilis_2022_junio_2024.pdf (accessed on 22 May 2025).
14. Ministerio de Salud de Chile. Informe Epidemiológico Anual. Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) 2021; Ministerio de Salud de Chile: Santiago, Chile, 2021.
15. Israel, B.A.; Schulz, A.J.; Parker, E.P.; Becker, A.B. Community-based participatory research: Policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. *Educ. Health Change Learn. Pract.* **2001**, *14*, 182–197. [CrossRef]
16. Israel, B.A.; Schulz, A.J.; Parker, E.A.; Becker, A.B. Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annu. Rev. Public Health* **1998**, *19*, 173–202. [CrossRef] [PubMed]
17. Guerra, J.; Acharya, P.; Barnadas, C. Community-based surveillance: A scoping review. *PLoS ONE* **2019**, *14*, e0215278. [CrossRef] [PubMed]
18. Technical Contributors to the June 2018 WHO Meeting. A definition for community-based surveillance and a way forward: Results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. *Eurosurveillance* **2019**, *24*, 1800681. [CrossRef] [PubMed]
19. Ratnayake, R.; Tammamo, M.; Tiffany, A.; Kongelf, A.; Polonsky, J.A.; McClelland, A. People-centred surveillance: A narrative review of community-based surveillance among crisis-affected populations. *Lancet Planet. Health* **2020**, *4*, e483–e495. [CrossRef] [PubMed]
20. Theobald, S.; Brandes, N.; Gyapong, M.; El-Saharty, S.; Proctor, E.; Diaz, T.; Wanji, S.; Elloker, S.; Raven, J.; Elsey, H.; et al. Implementation research: New imperatives and opportunities in global health. *Lancet* **2018**, *392*, 2214–2228. [CrossRef] [PubMed]
21. Ogundahunsi, O.; Kamau, E.M. (Eds.) *Implementation Research Toolkit*, 2nd ed.; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018; Available online: <https://adphealth.org/irtoolkit/> (accessed on 23 March 2025).
22. Peters, D.H.; Tran, N.T.; Adam, T. *Implementation Research in Health: A Practical Guide*; Alliance for Health Policy and Systems Research; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013; Available online: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/9789241506212> (accessed on 4 May 2024).

23. Adrian Parra, C.; Stuardo Ávila, V.; Lisboa Donoso, C.; Low Andrade, K.; Solís, D.; Gómez, D.; Cortés, E.; Núñez Hernandez, C.; Parra Hidalgo, V.; Lobos Vega, C.; et al. Developing socio-epidemiological indicators of sexual health among migrant population in Chile. *Arch. Public Health* **2025**, *83*, 98. [CrossRef] [PubMed]
24. Formative Research in School and Community-Based Health Programs and Studies: “State of the Art” and the TAAG Approach on JSTOR. Available online: <https://www.jstor.org/stable/45055194> (accessed on 18 November 2024).
25. Mapa de las Organizaciones de la Sociedad Civil 2020; Centro Políticas Públicas UC: Santiago, Chile. 2020. Available online: <https://politicaspubblicas.uc.cl/publicacion/mapa-organizaciones-sociedad-civil-2020/> (accessed on 14 July 2025).
26. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Available online: <https://www.ssmn.cl/#/inicio> (accessed on 19 November 2024).
27. Salud del Inmigrante; Ministerio de Salud—Gobierno de Chile: Santiago, Chile. 2019. Available online: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/> (accessed on 19 November 2024).
28. Peters, D.H.; Adam, T.; Alonge, O.; Agyepong, I.A.; Tran, N. Republished research: Implementation research: What it is and how to do it. *Br. J. Sports Med.* **2014**, *48*, 731–736. [CrossRef] [PubMed]
29. Pinnock, H.; Epiphaniou, E.; Sheikh, A.; Griffiths, C.; Eldridge, S.; Craig, P.; Taylor, S.J. Developing standards for reporting implementation studies of complex interventions (StaRI): A systematic review and e-Delphi. *Implement. Sci.* **2015**, *10*, 42. [CrossRef] [PubMed]
30. Adrian Parra, C.; Stuardo Ávila, V.; Contreras Hernández, P.; Quirland Lazo, C.; Bustos Ibarra, C.; Carrasco-Portiño, M.; Belmar Prieto, J.; Barrientos, J.; Lisboa Donoso, C.; Low Andrade, K. Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: A scoping review. *Public Health* **2024**, *227*, 54–62. [CrossRef] [PubMed]
31. Egli-Gany, D.; Aftab, W.; Hawkes, S.; Abu-Raddad, L.; Buse, K.; Rabbani, F.; Low, N.; Onarheim, K. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: A systematic review of reviews. *East. Mediterr. Health J.* **2021**, *27*, 1203–1213. [CrossRef] [PubMed]
32. Organización Panamericana de la Salud Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010. Available online: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323> (accessed on 16 July 2025).
33. Cid, C.; Uthoff, A. La reforma a la salud pendiente en Chile: Reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev. Panam. Salud Pública* **2017**, *41*, e170. [CrossRef] [PubMed]
34. Alonge, O.; Rodríguez, D.C.; Brandes, N.; Geng, E.; Reveiz, L.; Peters, D.H. How is implementation research applied to advance health in low-income and middle-income countries? *BMJ Glob. Health* **2019**, *4*, e001257. [CrossRef] [PubMed]
35. WHO/AFRO Integrated Diseases Surveillance and Response in the African Region: Community-Based Surveillance (CBS) Training Manual. 2015. Available online: <https://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based> (accessed on 19 January 2025).
36. Waltz, T.J.; Powell, B.J.; Fernández, M.E.; Abadie, B.; Damschroder, L.J. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: Diversity in recommendations and future directions. *Implement. Sci.* **2019**, *14*, 42. [CrossRef] [PubMed]
37. McGowan, C.R.; Takahashi, E.; Romig, L.; Bertram, K.; Kadir, A.; Cummings, R.; Cardinal, L.J. Community-based surveillance of infectious diseases: A systematic review of drivers of success. *BMJ Glob. Health* **2022**, *7*, e009934. [CrossRef] [PubMed]

Disclaimer/Publisher’s Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

VI. DISCUSIÓN GENERAL

La presente discusión ofrece una mirada integradora de la tesis doctoral en su conjunto. A diferencia de las discusiones particulares de cada artículo científico, este apartado articula los hallazgos centrales, los contrasta con la literatura y con los objetivos planteados, y reflexiona sobre sus aportes conceptuales, metodológicos y aplicados en el campo de la salud sexual y la migración.

La tesis se propuso desarrollar indicadores para la monitorización de desigualdades en salud sexual y evaluar la implementación de un SVBC en población migrante en Chile. Los artículos científicos que la integran visibilizan una experiencia inédita a nivel mundial en este ámbito, aportando nuevas perspectivas para el monitoreo de desigualdades y constituyendo un referente pionero en América Latina en materia de implementación de SVBC en salud sexual.

Los resultados permiten reflexionar sobre las múltiples capas de desigualdad que atraviesan la experiencia migratoria. Tanto en la revisión de la literatura como en la evidencia empírica generada en esta tesis, muestran que el acceso a la salud sexual está condicionado por un entramado de DSS que se reproducen en distintos contextos y regiones. El análisis global evidenció que las principales situaciones de vulnerabilidad no dependen exclusivamente del país de residencia o tránsito, sino que emergen de la experiencia migratoria en sí misma, confirmando la noción de la migración como determinante social de la salud (39,40,161). De este modo, la movilidad humana se configura como un eje transversal de vulnerabilidad que trasciende fronteras y se expresa de manera diferenciadas según los marcos normativos, políticos y socioculturales de cada país (66,162), pero que mantiene una raíz estructural común; la reproducción de inequidades vinculadas al estatus legal, las jerarquías de género y la racialización de los cuerpos migrantes (122,163).

Entre las dimensiones de los DSS más influyentes en el acceso a salud sexual, destacan los valores sociales y religiosos, que condicionan tanto las percepciones sobre la sexualidad como las posibilidades de acceso a información y servicios. En diversos contextos, las normas morales y culturales en torno al género y la sexualidad limitan la autonomía de las personas migrantes, refuerzan estigmas y reproducen prácticas discriminatorias en los espacios de atención (164–166). A su vez, el sistema de salud contribuye a reproducir la exclusión a través de barreras institucionales y administrativas que limitan el acceso y la continuidad del cuidado. La literatura evidencia que los sistemas de salud en diversos países presentan fragmentación en la atención, tiempos de espera prolongados, escasa confidencialidad y baja pertinencia cultural, factores que erosionan la confianza en las instituciones y desalientan la búsqueda de atención (39,167)

Los hallazgos de esta tesis muestran, que los DSS involucrados no solo impactan el acceso oportuno a servicios de salud sexual, sino que también erosionan la confianza en las instituciones sanitarias, consolidando procesos de exclusión que tienden a perpetuarse en el tiempo (122,163). Así, la salud sexual de las personas migrantes no puede entenderse únicamente como un problema de acceso o cobertura, sino como el resultado de mecanismos

estructurales de marginación que se entrelazan con trayectorias vitales y contextos de movilidad (41). Además, estas vulnerabilidades no se distribuyen de manera homogénea: se intersectan con el género, la orientación sexual, la clase y la etnicidad, generando escenarios de desventaja acumulada que exigen enfoques analíticos e intervenciones sensibles a dichas dinámicas interseccionales (55–57,63), aplicados en esta tesis.

Frente a ello, esta tesis demuestra que monitorizar la salud sexual en población migrante requiere superar enfoques reduccionistas centrados en variables biomédicas o en indicadores de acceso a servicios (168), e incorporar una perspectiva interseccional capaz de visibilizar dimensiones estructurales y contextuales que habitualmente permanecen ocultas en los sistemas de información, y que solo se revelan al analizar de manera desagregada grupos históricamente excluidos (145). El proceso de construcción de indicadores socio-epidemiológicos, permitió ampliar la mirada hacia trayectorias migratorias, contextos de vulnerabilidad, discriminación y violencias, visibilizando no solo condiciones de exposición a mayor riesgo, sino también las prácticas de agencia que las personas migrantes despliegan en respuesta a dichas condiciones.

Estas prácticas, que incluyen estrategias de resistencia, cuidado y búsqueda de bienestar, revelan una agencia situada, es decir, una capacidad de acción que se ejerce incluso en escenarios de exclusión estructural (54). Reconocer esta agencia no implica negar la vulnerabilidad estructural que atraviesa las experiencias migratorias, sino comprender que ambas coexisten en tensión: las desigualdades y exclusiones que limitan derechos conviven con formas cotidianas de negociación y reapropiación del poder (54).

Este hallazgo cuestiona los marcos clásicos que han tendido a representar a las personas en contextos de vulnerabilidad, en este caso, poblaciones migrantes, únicamente como objetos de riesgo y control, invisibilizando sus capacidades de acción y los saberes que emergen desde sus propias experiencias (50,52).

Las dimensiones que organizan el conjunto de indicadores desarrollados; antecedentes sociodemográficos, trayectorias migratorias y contextos de vulnerabilidad, experiencias de violencia, vinculación con el sistema de salud, prácticas sexuales, trabajo sexual, salud sexual y necesidades específicas, demuestran la posibilidad de adaptar estos indicadores a distintos contextos y poblaciones, garantizando al mismo tiempo comparabilidad y pertinencia cultural.

La metodología aplicada para la definición y operacionalización de los indicadores, de carácter mixto y enmarcado en el enfoque de investigación de base comunitaria, permitió la incorporación de los saberes y experiencias de las personas involucradas, promoviendo un proceso de co-aprendizaje y construcción colectiva de conocimiento (152,154). El aspecto más innovador fue la construcción de indicadores a partir de datos cualitativos primarios obtenidos directamente de personas migrantes, actores comunitarios e institucionales. Este proceso, situó en el centro las experiencias y prioridades de las comunidades migrantes,

generando un conocimiento situado, contextual y socialmente validado (152,153). Asimismo, la triangulación con fuentes secundarias previamente validadas permitió diversificar la matriz, incorporando dimensiones estructurales y específicas del ámbito de la salud sexual. En este sentido, el enfoque bottom-up (154,169), en contraste con los modelos verticales tradicionales, aportó a la construcción de una herramienta más sensible para captar desigualdades estructurales y fortalecer la legitimidad de los sistemas de información en salud (152,153).

De este modo, el desarrollo de indicadores no constituye únicamente un ejercicio técnico, sino una práctica que cuestiona los marcos dominantes en el estudio de las desigualdades en salud y en la producción de datos epidemiológicos (39,45). Al integrar categorías significativas para los actores sociales, esta tesis contribuye al fortalecimiento de la monitorización en salud sexual en contextos de movilidad humana, la cual requiere información comparable y estandarizada, pero también contextualizada y culturalmente pertinente (170,171)

La experiencia de evaluación pre implementación y diseño del SVBC en Chile permitió comprender que persisten dilemas estructurales y políticos en los sistemas de salud al intentar integrar mecanismos comunitarios de monitorización en contextos de desigualdad. La fase de evaluación pre-implementación fue decisiva, al evidenciar que los procesos evaluativos son componentes esenciales de la investigación para la implementación, en tanto permiten identificar tempranamente barreras y adoptar estrategias adaptativas que favorecen la sostenibilidad (172).

En este contexto, se identificó que en Chile se reproducen patrones globales de desigualdad en salud, con cuellos de botella organizacionales que obstaculizan el acceso a la atención de salud. Al contrastar la literatura internacional con el caso chileno, se evidencian barreras similares, como la fragmentación asistencial, falta de cobertura financiera en salud, los tiempos de espera (67,173), junto con otras específicas del territorio (particularmente la adscripción y la territorialidad propias de la APS) que limitan la continuidad y la oportunidad del cuidado. En ese contexto, la estructura del sistema de salud chileno representó una limitación significativa para el diseño del SVBC. Si bien el país garantiza el acceso universal a la atención, su organización bajo un esquema segmentado y fragmentado, con delimitaciones territoriales estrictas y reglas de adscripción poblacional en la APS (puerta de entrada al sistema público) (85), condicionó la definición de circuitos y criterios de derivación del SVBC. El uso de mecanismos participativos permitió consensuar soluciones adaptadas al contexto, pero también evidenció la necesidad de ajustar la vigilancia comunitaria a las lógicas institucionales de territorialidad, propias del sistema público, lo que puede acotar su potencial alcance y reafirmó la importancia de mantener flexibilidad en su implementación (174,175).

La experiencia de evaluación pre implementación del SVBC en Chile demostró que la participación activa de los actores comunitarios es determinante para su legitimidad,

sostenibilidad y alcance, y para permitir llegar a poblaciones históricamente excluidas (152,153). Sin embargo, su éxito no depende únicamente de la disposición o capacidad de las OBC, sino también de la existencia de estructuras institucionales flexibles y entornos colaborativos capaces de integrar sus aportes. La incorporación de estos actores en la adaptación de los circuitos de implementación, aprovechando su conocimiento situado y experiencia territorial, fortaleció la aceptabilidad y el compromiso con el sistema, favoreciendo ajustes contextuales sin comprometer su coherencia técnica (153). Este proceso demostró que las OBC cuentan con capacidad de agencia para desafiar la rigidez institucional, generando soluciones operativas que refuerzan la legitimidad del modelo y su anclaje territorial.

A su vez, la aceptación del SVBC durante la fase de diseño estuvo estrechamente vinculada con su integración a las funciones habituales de los trabajadores comunitarios, lo que exigió simplificar procedimientos, evitar duplicaciones y focalizar la información en aspectos relevantes (176). La preparación organizacional, a través de la capacitación, la adaptación cultural de los instrumentos y la definición temprana de circuitos de derivación, emergió como condición crítica para asegurar la viabilidad del sistema y su eficacia en contextos complejos (177,178). En conjunto, estos hallazgos confirman que las innovaciones en monitorización comunitaria solo pueden sostenerse cuando combinan capacidades técnicas con procesos participativos que fomenten la apropiación local y el aprendizaje compartido.

Asimismo, la literatura internacional muestra que la sostenibilidad y escalabilidad de estas estrategias comunitarias enfrenta limitaciones recurrentes: dependencia de financiamiento externo, precarización del trabajo comunitario, y tensiones con los sistemas de salud institucionalizados (179–181). Esta experiencia en Chile confirma este patrón, pese a la adaptación del SVBC al contexto de cada OBC, se provee que posterior a su implementación la sostenibilidad se ve amenazada por la falta de reconocimiento institucional y de mecanismos de financiamiento estables, una problemática también observada en la respuesta al VIH, donde las OBC son esenciales para llegar a poblaciones clave pero dependen de donantes externos (182). En este sentido, y como aspecto crítico a considerar, la evidencia internacional subraya que los SVBC sólo logran consolidarse cuando se incorporan como parte de las políticas públicas, y no cuando permanecen como proyectos aislados o dependientes de fondos externos (150,183).

En el desarrollo de esta tesis doctoral, se evidenció la relevancia de la flexibilidad y la iteración en los procesos de desarrollo de indicadores y diseño para la implementación del SVBC, principios fundamentales de la investigación para la implementación (177,178). La metodología integró mecanismos adaptativos que permitieron ajustar procedimientos según las condiciones del contexto, fortalecer capacidades locales y promover la resolución colaborativa de problemas. Esta capacidad de ajuste confirma que la sostenibilidad y eficacia de los modelos comunitarios de monitorización dependen de procesos de adaptación continua, más que de diseños rígidos, en línea con la literatura que resalta el valor del

aprendizaje organizacional y la contextualización para fortalecer la pertinencia y legitimidad de las intervenciones en salud (153,184)

VII. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Esta tesis doctoral presenta varias fortalezas que consolidan su aporte científico y social. En primer lugar, su carácter innovador y pionero radica en el desarrollo de insumos para la implementación de un SVBC enfocado en la salud sexual de personas migrantes, una experiencia inédita a nivel regional y escasamente documentada en la literatura internacional.

En segundo lugar, la tesis destaca por su enfoque integral e interseccional, que articula los DSS, la perspectiva de género y la investigación de base comunitaria, permitiendo abordar las desigualdades en salud sexual desde una mirada estructural, cultural y política. Este marco analítico se tradujo en herramientas empíricas capaces de captar dimensiones frecuentemente invisibilizadas; como trayectorias migratorias, violencias, discriminación, agencia y contextos de vulnerabilidad, y en la incorporación explícita de actores comunitarios en todas las fases del proceso.

La principal fortaleza de esta tesis radica en su robustez metodológica, sustentada en la elección de la metodología de investigación para la implementación. Esta metodología, permitió identificar las barreras y facilitadores que condicionaron la implementación del SVBC, comprender las estructuras organizacionales y los determinantes sociales que influyen en su desempeño, y ajustar los procesos de manera iterativa y contextualizada, garantizando su pertinencia y promoviendo su sostenibilidad. Asimismo, el abordaje desde la interseccionalidad logró situar los DSS desde un enfoque amplio y complejo, deshabilitando la lógica individual y reduccionista de las barreras en acceso a los sistemas de salud

Complementariamente, la integración del enfoque de investigación de base comunitaria, facilitó la aceptación y la legitimidad del SVBC de las OBC. La participación sostenida de actores comunitarios e institucionales promovió el aprendizaje mutuo, generó capacidades locales y facilitó la adaptación del modelo al contexto local, asegurando coherencia técnica y pertinencia.

Entre las limitaciones de esta tesis destaca que, aunque se realizó una investigación formativa para la identificación y selección de las OBC y los APS participantes del SVBC a partir de criterios definidos, la elección final respondió también a la disposición a participar voluntariamente de las instituciones involucradas. Asimismo, el diseño del SVBC, y particularmente los circuitos y criterios de derivación hacia los centros de APS, debió ajustarse a las definiciones organizacionales (fragmentado y segmentado), administrativas (criterios específicos para la adscripción) y limitación de áreas de responsabilidad sanitaria del sistema público de salud chileno, lo que puede limitar el alcance del sistema.

Por otro lado, los indicadores socio- epidemiológico y el instrumento que los contiene, se desarrolló únicamente en español, debido a que las OBC no cuentan con facilitadores interculturales para su aplicación en otros idiomas. Por lo tanto, en el futuro, considerando

que los procesos migratorios incluyen a personas que hablan otros idiomas, es fundamental que las versiones se adapten y traduzcan a estas poblaciones.

VIII. CONCLUSIONES

En esta tesis doctoral, el cumplimiento de los objetivos planteados se refleja en la articulación coherente entre los tres ejes del compendio de artículos que la estructuran: (1) la identificación de determinantes sociales que configuran las desigualdades en salud sexual; (2) la construcción y validación de indicadores socio-epidemiológicos para monitorización de salud sexual; y (3) la evaluación pre-implementación del SVBC. Cada uno de estos componentes, permitió avanzar desde la comprensión teórica hacia la operacionalización práctica de la vigilancia comunitaria, consolidando un marco empírico y conceptual que cumple los objetivos generales y específicos de la investigación. En este contexto, las conclusiones de esta tesis son:

1. Esta tesis doctoral es original y pionera en cuanto al desarrollo de insumos para la implementación de un SVBC orientado a la monitorización de aspectos asociados a la salud sexual en población migrante.
2. La migración opera como DSS y el acceso a salud sexual de las personas migrantes a la salud sexual está condicionado por un entramado de determinantes estructurales; barreras de idioma o comunicación, valores culturales/religiosos, estigma asociado al VIH, situación migratoria irregular, limitaciones económicas, racismo/discriminación, desigualdades de género ,y falta de conocimiento y conciencia sobre SS.
3. Entre los determinantes intermedios que influyen negativamente en el acceso a salud sexual de personas migrantes se encuentran; la falta o limitación de cobertura financiera en salud, navegación del sistema, percepción de falta de privacidad/confidencialidad y desconfianza, y factores propios del sistema de salud.
4. La revisión identificó que las dimensiones más relevantes de los DSS que condicionan el acceso a la salud sexual en población migrante corresponden a la “Cultura y valores sociales de la comunidad migrante” y al “Sistema de salud”, evidenciando la interacción entre factores culturales, institucionales y estructurales.
5. Analizar las barreras de acceso desde una perspectiva interseccional y de género permite evidenciar cómo la posición migratoria, el género y otros ejes de desigualdad se entrecruzan para generar vulnerabilidades específicas en salud sexual. Este enfoque aporta una comprensión más profunda de las desigualdades y orienta la formulación de políticas con enfoque de derechos y sensibilidad cultural.
6. Se reconoce la necesidad de profundizar en investigaciones que aborden las desigualdades en el acceso a la salud sexual en grupos específicos de migrantes, en particular diversidad sexo- genérica, incluyendo personas no binarias, con el fin de comprender y responder adecuadamente a sus necesidades diferenciadas en salud sexual.

7. Se consolidó un instrumento con un pool de indicadores socio-epidemiológicos para monitorizar desigualdades en salud sexual de población migrante en Chile. Las ocho dimensiones que demostraron mayor relevancia para la monitorización de salud sexual en esta población fueron: Antecedentes sociodemográficos, Trayectorias migratorias y vulnerabilidad, Violencias, Vinculación con el sistema de salud, Prácticas sexuales, Trabajo sexual, SS y acceso SS, Necesidades específicas en SS.
8. La construcción participativa de los indicadores, incorporando a personas migrantes y actores institucionales y comunitarios, permitió consensuar un instrumento de recolección de información contextualizado, culturalmente pertinente y sensible a las realidades migratorias.
9. El instrumento desarrollado al integrar una perspectiva interseccional y estructural, busca ofrecer una herramienta sensible y útil para monitorizar desigualdades en salud sexual de la población migrante.
10. La evaluación pre-implementación permitió caracterizar de manera sistemática las capacidades institucionales y las barreras contextuales que condicionan la puesta en marcha del SVBC en salud sexual para población migrante en Chile. Esta evaluación temprana resultó esencial para comprender los márgenes reales de implementación y las adaptaciones necesarias al contexto sanitario nacional.
11. La metodología cualitativa en dos fases facilitó el desarrollo de circuitos de implementación diferenciados para OBC y centros APS, ajustados a sus capacidades y flujos operativos. Esta diferenciación aumentó la pertinencia contextual y la coherencia técnica del modelo.
12. La participación sostenida de actores locales fue determinante para adaptar los procesos, fortalecer la apropiación y compromiso institucional, y mejorar la aceptabilidad del sistema. Este hallazgo refuerza el valor de los enfoques participativos en las etapas iniciales de implementación.
13. La evidencia generada en esta tesis, permite afirmar que la monitorización continua de las desigualdades en salud sexual emerge como una herramienta estratégica no solo para medir inequidades, sino también para orientar procesos de transformación institucional y comunitaria. Su aplicación futura podría facilitar la evaluación de políticas y programas, generando alertas sobre exclusión sanitaria y contribuyendo al fortalecimiento de mecanismos de gobernanza participativa en salud pública
14. La experiencia metodológica acumulada de esta tesis doctoral, demuestra que los sistemas de monitorización deben ser dinámicos, adaptativos y participativos, incorporando revisiones periódicas, nuevas dimensiones emergentes y la voz activa de las comunidades migrantes. De este modo, la tesis no solo cumplió sus objetivos

iniciales, sino que también estableció una base sólida para el monitoreo sostenido y evaluable de las desigualdades en salud sexual en Chile y otros contextos de movilidad humana.

IX. RECOMENDACIONES

En este capítulo, se presentan una serie de recomendaciones resultantes de esta tesis doctoral. Su propósito es orientar el fortalecimiento de las políticas públicas, la práctica sanitaria y la investigación en torno a la salud sexual de la población migrante, desde una perspectiva interseccional, participativa y basada en derechos humanos. Las recomendaciones se articulan en tres niveles; Política pública, conceptual y metodológico, y de práctica e investigación.

Recomendaciones para la política pública

- A nivel nacional e internacional, se requiere fortalecer el rol de las OBC como actores estratégicos en salud pública, mediante políticas que reconozcan formalmente su aporte en la vigilancia y promoción de la salud sexual.
- Para la sostenibilidad de este u otros los SVBC exigen superar barreras estructurales que enfrentan las OBC, establecer mecanismos que permitan robustecer el trabajo comunitario, mediante financiamiento estable, formación y acompañamiento técnico.
- A nivel nacional, si bien hay normas para facilitar el acceso a salud de personas migrantes, aún es necesario avanzar en reducir las barreras de acceso administrativo y territorial para la población en contextos de movilidad humana, flexibilizando criterios de adscripción al sistema de salud chileno.
- Impulsar el desarrollo de sistemas de información que incorporen variables sociales, migratorias y de género, garantizando la desagregación de los datos y su utilización para la toma de decisiones en SS orientadas a la equidad.

Recomendaciones conceptuales y metodológicas

- Promover una relectura crítica de los DSS que incorpore un enfoque interseccional, integrando las nociones de vulnerabilidad y agencia para el estudio y la monitorización de las desigualdades. Esto implica superar las miradas que representan a las personas migrantes únicamente como sujetos pasivos de riesgo, reconociendo que a pesar de los contextos de vulnerabilidad emergen prácticas de resistencia, cuidado y acción individual y colectiva.

Recomendaciones para la práctica e investigación

- Esta tesis desarrolló un instrumento de monitorización compuesta por indicadores socio-epidemiológicos, de considerable extensión. Con miras a su aplicabilidad en distintos contextos, se recomienda que futuras adaptaciones contemplen versiones abreviadas del instrumento, que optimicen el tiempo de aplicación y se ajusten a las

condiciones operativas de los servicios de salud y a las particularidades de las poblaciones migrantes.

- Adaptar el diseño del SVBC y los indicadores socio-epidemiológicos desarrollados para su aplicación en diversos territorios, asegurando su pertinencia cultural y contextual. Asimismo, se recomienda explorar su aplicabilidad en otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, con el fin de ampliar su capacidad de monitorización y fortalecer la comparabilidad de datos en distintos escenarios sociales y sanitarios.

Esta tesis doctoral, también permitió reflexionar respecto a líneas futuras de investigación, se considera relevante en el campo de la monitorización de desigualdades en salud sexual de personas migrantes:

- Realizar investigaciones que integren trayectorias migratorias, interseccionalidad y agencia, desde enfoques de género y comunitarios, para visibilizar las desigualdades estructurales y las prácticas de resistencia que configuran las experiencias en salud sexual de personas migrantes en Chile y en la región.
- Si bien esta tesis con sus objetivos también estableció una base sólida para establecer una línea de investigación de la monitorización de las desigualdades en salud sexual en Chile y otros contextos de movilidad humana.
- Avanzar en el estudio y aplicación de metodologías y estrategias estadísticas en consideración de los indicadores levantados en un sistema de monitorización, permitan resumir y sintetizar información la compleja, siendo sensibles y a la vez que permitan captar al dinamismo de los cambios contextuales y trayectorias migratorias.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. McAuliffe M, Ouchou LA. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024 [Internet]. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones (OIM); 2024 [citado 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>
2. de Haas H, Castles S, Miller MJ. The age of migration: International Population Movements in the Modern World. 6th edition. Red Glob Press; 2020.
3. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Espac Abierto*. 2019;28(1):255-301.
4. Mignolo WD. The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options [Internet]. Duke University Press; 2011 [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv125jqbw>
5. Mezzadra, Neilson B. Border as Method, or, the Multiplication of Labor [Internet]. Duke University Press; 2013 [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.dukeupress.edu/border-as-method-or-the-multiplication-of-labor>
6. Cusicanqui S. Ch'ixinakax utxiwa: una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores [Internet]. Tinta Limón; 2012 [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/136917>
7. Castles S. Migration, Precarious Work, and Rights: Historical and Current Perspectives. En: Schierup CU, Munck R, Likic-Brboric B, Neergaard A, editores. Migration, Precarity, and Global Governance: Challenges and Opportunities for Labour [Internet]. Oxford University Press; 2015 [citado 27 de julio de 2025]. p. 0. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198728863.003.0003>
8. Bakewell O, Haas H de, Castles S, Vezzoli S, Jónsson G. South-South Migration and Human Development: Reflections on African Experiences. IMI Work Pap Ser [Internet]. 2009 [citado 27 de julio de 2025];15. Disponible en: <https://www.migrationinstitute.org/publications/wp-15-09>
9. Vertovec S. Super-diversity and its implications. *Ethn Racial Stud*. 1 de noviembre de 2007;30(6):1024-54.
10. Donato KM, Gabaccia D, Holdaway J, Manalansan IV M, Pessar PR. A Glass Half Full? Gender in Migration Studies1. *Int Migr Rev*. 1 de marzo de 2006;40(1):3-26.
11. Wade P. Race and Ethnicity in Latin America: How the East India Company Shaped the Modern Multinational (Edition 2) [Internet]. Pluto Press; 2010 [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/45656>
12. Freier LF, Parent N. The Regional Response to the Venezuelan Exodus. *Curr Hist*. 2019;118(805):56-61.
13. Arcarazo DA, Freier LF. Turning the Immigration Policy Paradox Upside Down? Populist Liberalism and Discursive Gaps in South America1. *Int Migr Rev*. 1 de septiembre de 2015;49(3):659-96.

14. OIM. Migration data portal. 2025 [citado 16 de agosto de 2025]. South America international migrants stock (2024). Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/international-data>
15. Canales A. Estudio de las contribuciones de las migraciones recientes al desarrollo sostenible: el caso de Chile. En: Sobre las contribuciones de la migración al desarrollo sostenible: estudios en países seleccionados. J. Martínez Pizarro y M. Cano Christiny (eds.). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2022. p. 15-107.
16. Canales AI. La inmigración contemporánea en Chile. Entre la diferenciación étnico-nacional y la desigualdad de clases. Papeles Poblac. 30 de junio de 2020;25(100):53-85.
17. Thayer L. Migrantes en Chile. Una aproximación a su condición social y a algunos elementos para entender la subjetividad. En: Migración y derechos humanos: medición social intercultural en el ámbito local. Ximena Erazo, Jaime Esponda y Miguel Yaksic (editores). Santiago de Chile: LOM ediciones; 2016.
18. Martínez Pizarro J. Magnitud y dinámica de la inmigración en Chile, según el censo de 2002. Papeles Poblac. junio de 2005;11(44):109-47.
19. Stefoni C, Sánchez D. Inmigración en Chile. La (de) construcción de ciudadanía en tiempos de pandemia. En: II Informe Regional del Sistema FLACSO Una mirada sistemática sobre las migraciones en América Latina y el Caribe: el Estado y la economía como factores de influencia / FLACSO [Internet]. Primera edición. San José, Costa Rica: FLACSO; 2021. p. 47-60. Disponible en: <https://www.flacso.org/node/287>
20. Stefoni C, Contreras D. Situación migratoria en Chile: tendencias y respuestas de política en el período 2000-2021. 2022;
21. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Ley 21325. Ley de Migración y extranjería. [Internet]. abr 20, 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
22. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Política Nacional de Migración y Extranjería [Internet]. Chile; 2022 [citado 3 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/politica-nacional/>
23. Instituto Nacional de Estadísticas. CENSO 2017: Síntesis de resultados [Internet]. Chile; 2018. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/censo-de-poblacion-y-vivienda>
24. Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones de Población de Chile al 2023, según CENSO 2017 [Internet]. 2022 [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
25. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras a diciembre del año 2023 [Internet]. 2024 dic. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y->

- anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/informe-resultados-epe2023.pdf?sfvrsn=91b95f6f_8
26. Contreras Y. Trayectorias migratorias. Entre trayectorias directas, azarosas y nómades. *Investig Geográficas Una Mirada Desde El Sur*. 26 de diciembre de 2019;(58):4-20.
 27. Servicio Nacional de Migraciones (SERMIG). Encuesta Nacional de Migraciones 2022 [Internet]. SERMIG; 2022 dic. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2023/06/Resultados-Encuesta-Migrantes-2022.pdf>
 28. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2022: Resultados generales [Internet]. Chile: Gobierno de Chile; 2023. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>
 29. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social: Encuesta CASEN 2022: Estadísticas: Educación Casen 2022. [Internet]. 2022 [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
 30. Fuentes A, Vergara R. Los inmigrantes en el mercado laboral. En: *Inmigración en Chile, Una mirada multidimensional*. ed. de Isabel Aninat, Rodrigo Vergara. Santiago de Chile: FCE, CEP; 2019. p. 65-97. (Primera edición).
 31. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Indicadores de integración social de las personas nacidas fuera de Chile, Encuesta Casen 2006-2022. [Internet]. 2024 mar. (Serie de Resultados Casen). Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_personas_nacidas_fuera_de_Chile_Casen_2022.pdf
 32. Servicio Nacional de Migraciones (SERMIG). Pobreza y migración Desde la Casen 2022 [Internet]. 2023 oct. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2023/12/Analisis-Casen-pobreza-migracion-SERMIG.pdf>
 33. Razmilic S. Inmigración, vivienda y territorio. En: *Inmigración en Chile, Una mirada multidimensional*. ed. de Isabel Aninat, Rodrigo Vergara. Santiago de Chile: FCE, CEP; 2019. p. 101-46. (Primera edición).
 34. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Observatorio Social: Encuesta CASEN 2022: Estadísticas: Salud Casen 2022. [Internet]. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
 35. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. WHO Document Production Services; 2010 [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1903/23135>
 36. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 1 de octubre de 2001;55(10):693-700.

37. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 1992;22(3):429-45.
38. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 12 de abril de 2025]. 105 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/85345>
39. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 18 de marzo de 2015;36:375-92.
40. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants |. *Migration Health Research Portal* [Internet]. 2009 [citado 12 de abril de 2025]; Disponible en: <https://migrationhealthresearch.iom.int/migration-social-determinant-health-migrants>
41. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 15 de diciembre de 2018;392(10164):2606-54.
42. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. «In My Culture, We Don't Know Anything About That»: Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med*. 2017;24(6):836-45.
43. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy Plan*. octubre de 2014;29(7):818.
44. Garcini LM, Nguyen K, Lucas-Marinelli A, Moreno O, Cruz PL. “No one left behind”: A social determinant of health lens to the wellbeing of undocumented immigrants. *Curr Opin Psychol*. octubre de 2022;47:101455.
45. Breilh J, Krieger N. *Critical Epidemiology and the People's Health* | Oxford Academic [Internet]. Oxford University Press; 2021 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>
46. Frank J, Abel T, Campostrini S, Cook S, Lin VK, McQueen DV. The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? *Int J Environ Res Public Health*. 12 de agosto de 2020;17(16):5856.
47. Feo Istúriz O, Basile G, Maizlish N. Rethinking and Decolonizing Theories, Policies, and Practice of Health from the Global South. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*. octubre de 2023;53(4):392-402.
48. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Principios y directrices sobre la protección de los derechos humanos de los migrantes en situación de vulnerabilidad. [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/migration/migrants-vulnerable-situations>

49. Araujo González R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Rev Noved En Poblac.* junio de 2015;11(21):89-96.
50. Martínez M. Una (breve y no muy sistemática) aproximación a la noción de agencia desde la vulnerabilidad1. *Papeles CEIC Int J Collect Identity Res.* 2019;(1):1-9.
51. CEPAL. Vulnerabilidad Sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia; 2002.
52. Vulnerability in Resistance [Internet]. Duke University Press; 2016 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv11vc78r>
53. Alkire S. Concepts and Measures of Agency [Internet]. 2008 [citado 7 de mayo de 2025]. (OPHI Working Papers). Disponible en: <https://ophi.org.uk/publication/WP-09>
54. Contreras Hernández P, Alcaide Ucles V. Mujeres inmigrantes latinoamericanas: procesos de agencia en contextos de vulnerabilidad. *Pap Rev Sociol.* 2021;106(4):499-523.
55. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *U Chi Leg F.* 1 de enero de 1989;1989:139.
56. Collins P. Intersecting Oppressions. 2000 [citado 9 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Patricia-Hill-Collins-%3A-Intersecting-Oppressions-Collins/a976d21759a3647422ea30252a1997aab5c6cbd5>
57. Yuval-Davis N. Intersectionality and Feminist Politics. *Eur J Womens Stud.* agosto de 2006;13(3):193-209.
58. Phoenix A, Pattynama P. Intersectionality. *Eur J Women's Stud* [Internet]. 2006 [citado 10 de mayo de 2025];13. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506806065751>
59. McCall L. The Complexity of Intersectionality. *Signs J Women Cult Soc.* marzo de 2005;30(3):1771-800.
60. Verloo M. Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union. *Eur J Womens Stud.* agosto de 2006;13(3):211-28.
61. Nash JC. re-thinking intersectionality. *Fem Rev.* 2008;(89):1-15.
62. Anthias F. TRANSNATIONAL MOBILITIES, MIGRATION RESEARCH AND INTERSECTIONALITY: Towards a translocational frame. *Nord J Migr Res.* 2012;2(2):102-10.
63. Magliano MJ. Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Rev Estud Fem.* diciembre de 2015;23:691-712.

64. Domínguez Amorós M, Contreras Hernández P. Agencia femenina en los procesos migratorios internacionales: una aproximación epistemológica. *Empiria Rev Metodol Cienc Soc.* 2017;(37):75-99.
65. Cubillos-Almendra J, González-Pavicich C, Contreras-Hernández P. Interseccionalidad. Un dispositivo teórico-metodológico para el estudio de las migraciones. *Rev Austral Cienc Soc.* 10 de julio de 2023;(44):129-50.
66. Organización Mundial de la Salud,. Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen [World report on the health of refugees and migrants: summary]. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 p. 48. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240054486>
67. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 30 de junio de 2020;20(1):1039.
68. Coopens L. MIGRACIÓN Y SALUD EN LAS AMÉRICAS: Una evaluación de las necesidades y servicios 2021-2023. [Internet]. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC); 2024 [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ifrc.org/es/document/migracion-y-salud-en-las-americas-una-evaluacion-las-necesidades-y-servicios-2021-2023>
69. Pierola MD, Chatruc MR. Migrantes en América Latina: Disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica. *IDB Publ* [Internet]. 15 de junio de 2020 [citado 18 de abril de 2025]; Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/migrantes-en-america-latina-disparidades-en-el-estado-de-salud-y-en-el-acceso-la-atencion-medica>
70. Ortega MÁF, Prato JBR, Mendoza RD, Vázquez JM, Dias MCDC, Losada ADA, et al. La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam E Comunidade.* 18 de septiembre de 2018;13:84-112.
71. Aldridge R, Nellums L, Bartlett S, Barr AL, Patel P, Burns R, et al. Global Patterns of Mortality in International Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Rochester, NY; 2018 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=3210901>
72. Borhade A, Dey S. Do migrants have a mortality advantage? *The Lancet.* 15 de diciembre de 2018;392(10164):2517-8.
73. Bircan, Tuba, Surkyn, Johan, Yar, Ahmad Wali A. Migration and Mortality : What Do We Know? [Internet]. KNOMAD; 2023 [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/en/099813108232414572>
74. Razum O. Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect Migrant mortality, healthy migrant effect. En: Kirch W, editor. *Encyclopedia of Public Health* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2008 [citado 18 de abril de 2025]. p. 932-5. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_2188

75. Shor E, Roelfs D. A Global Meta-analysis of the Immigrant Mortality Advantage. *Int Migr Rev.* 1 de diciembre de 2021;55(4):999-1028.
76. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the «salmon bias» and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health.* octubre de 1999;89(10):1543-8.
77. Wanigaratne S, Shah B, Stukel TA, Lu H, Otter-Moore SD, Shetty J, et al. COVID-19 hospitalization, mortality and premature mortality by a history of immigration in Ontario, Canada: a population-based cohort study. *Lancet Reg Health – Am* [Internet]. 1 de junio de 2024 [citado 18 de abril de 2025];34. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00089-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00089-9/fulltext)
78. Bacong AM, Chu R, Le A, Bui V, Wang NE, Palaniappan LP. Increased COVID-19 mortality among immigrants compared with US-born individuals: a cross-sectional analysis of 2020 mortality data. *Public Health.* junio de 2024;231:173-8.
79. Greenaway C, Castelli F. Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. *J Travel Med.* 1 de febrero de 2019;26(2):taz007.
80. Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Diequez A, Pinto R, et al. Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health Cent Minor Public Health.* junio de 2015;17(3):947-70.
81. Baggaley RF, Zenner D, Bird P, Hargreaves S, Griffiths C, Noori T, et al. Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage. *Lancet Public Health.* 1 de octubre de 2022;7(10):e876-84.
82. Castelli F, Sulis G. Migration and infectious diseases. *Clin Microbiol Infect.* 1 de mayo de 2017;23(5):283-9.
83. Darebo TD, Spigt M, Teklewold B, Badacho AS, Mayer N, Teklewold M. The sexual and reproductive healthcare challenges when dealing with female migrants and refugees in low and middle-income countries (a qualitative evidence synthesis). *BMC Public Health.* 19 de febrero de 2024;24(1):520.
84. FONASA. CUENTA PÚBLICA FONASA 2025 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://nuevo.fonasa.gob.cl/participacion-ciudadana/wp-content/uploads/sites/5/2025/07/Cuenta-Publica-Fonasa-20225-IXrev.pdf>
85. Cid C. Comisión Presidencial Isapres : informe comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303255601_INFORME_FINAL_COMISION_ASESORA PRESIDENCIAL PARA_EL_ESTUDIO_Y_PROPOSTA_DE_UN_NUEVO_REGIMEN_JURIDICO_PARA_EL_SISTEMA_DE_SALUD_PRIVADO_2014
86. Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Pública.* 5 de diciembre de 2017;41:1.

87. Organización Mundial de la Salud. La 61ª Asamblea Mundial de la Salud. 2008.
88. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; 2014 sep [citado 13 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
89. Chile. Constitución Política de la República (11/08/1980) [Internet]. Artículo 19. sep 22, 2005. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
90. Ministerio de Salud de Chile. Decreto 67/ Modifica Decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. [Internet]. 2016 [citado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
91. Cabieses B, Darrigrandi F, Oyarte M, Espinoza M, Ortiz M, Mezones-Holguin E. Egresos hospitalarios de nacionales y migrantes internacionales asentados y emergentes en Chile antes de la pandemia (2015-2019). 22 de febrero de 2024 [citado 25 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/69000>
92. WHO. Defining sexual health : Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. [Internet]. Geneva; 2006 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/d25f08043443ca12013443cd25b000a6>
93. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
94. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet. 30 de junio de 2018;391(10140):2642-92.
95. Mitchell KR, Lewis R, O’Sullivan LF, Fortenberry JD. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? Lancet Public Health. 1 de agosto de 2021;6(8):e608-13.
96. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World family planning 2022: meeting the changing needs for family planning : contraceptive use by age and method. New York: United Nations; 2022.
97. Sedgh G, Ashford LS, Hussain R. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women’s Reasons for Not Using a Method. Guttmacher Inst [Internet]. 2016; Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
98. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an

- assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health*. 11 de octubre de 2019;16(1):148.
99. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 1 de septiembre de 2020;8(9):e1152-61.
 100. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Lond Engl*. 25 de noviembre de 2017;390(10110):2372-81.
 101. Organización Mundial de la Salud,. World report on violence and health [Internet]. Geneva; 2002 [citado 6 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
 102. Sardinha L, Stöckl H, Maheu-Giroux M, Meyer SR, García-Moreno C. Global prevalence of non-partner sexual violence against women. *Bull World Health Organ*. 1 de agosto de 2024;102(8):582-7.
 103. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*. 26 de febrero de 2022;399(10327):803-13.
 104. Cagney J, Spencer C, Flor L, Herbert M, Khalil M, O’Connell E, et al. Prevalence of sexual violence against children and age at first exposure: a global analysis by location, age, and sex (1990–2023). *The Lancet*. 24 de mayo de 2025;405(10492):1817-36.
 105. Ferguson L, Anderson ME, Liang M, Filmer-Wilson E. Why a good law is not always good enough: a global review of restrictions to supportive laws for sexual and reproductive health and rights. *BMJ Glob Health*. 16 de febrero de 2024;9(2):e014100.
 106. World Health Organization. The Global Health Observatory. [citado 5 de julio de 2025]. Global and regional STI estimates. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/global-and-regional-sti-estimates>
 107. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 1 de agosto de 2019;97(8):548-562P.
 108. Zheng Y, Yu Q, Lin Y, Zhou Y, Lan L, Yang S, et al. Global burden and trends of sexually transmitted infections from 1990 to 2019: an observational trend study. *Lancet Infect Dis*. 1 de abril de 2022;22(4):541-51.
 109. Peters RPH, Chico RM, Rowley J, Low N. Estimating the global burden of sexually transmitted infections. *Lancet Infect Dis*. 1 de agosto de 2022;22(8):1112-3.

110. UNAIDS. The urgency of now: AIDS at a crossroads [Internet]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024 [citado 5 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>
111. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Epidemiología. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, SEXUALIDAD Y GÉNERO (ENSSEX) 2022-2023. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/ensex-que-es-la-encuesta/>
112. Departamento de Epidemiología. Presentación de resultados ENSSEX 2022-2023 [Internet]. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2023. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
113. Departamento de Epidemiología. Sábana general de resultados ENSSEX 2022-2023 [Internet]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
114. DEIS/MINSAL. REPORTE LEY 21.030 - SAS® Visual Analytics. [citado 6 de julio de 2025]. información sobre casos constituidos en el marco de la Ley 21.030 que regula la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
115. Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico Anual, Sífilis 2022 [Internet]. Subsecretaría de Salud Pública; Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/06/Informe_sifilis_2022_junio_2024.pdf
116. Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico Anual, Infección Gonocócica 2022. [Internet]. Subsecretaría de Salud Pública; Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/2024.03.01_Informe-gonorrea-2022.pdf
117. UNAIDS. Country factsheets, Chile | 2023 [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>
118. Instituto de Salud Pública de Chile (ISP). Vigilancia VIH -SIDA. 2025. Vigilancia VIH/SIDA años 2023-2024. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-vih-sida/>
119. Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico Anual, Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) 2021. [Internet]. Chile: Subsecretaría de Salud Pública; Disponible en: <https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/Informe-Anual-VIH-Chile-2021.pdf>
120. Ministerio de Salud de Chile. Informe Epidemiológico Anual. Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana(VIH).2021. 2021.
121. Stuardo Ávila V, Fuentes Alburquenque M, Muñoz R, Bustamante Lobos L, Faba A, Belmar Prieto J, 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.* 1 de marzo de 2020;24(3):827-38.
122. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, Abu-Raddad L, Buse K, Rabbani F, et al. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *East Mediterr Health J.* 28 de diciembre de 2021;27(12):1203-13.
 123. Alarcão V, Stefanovska-Petkovska M, Virgolino A, Santos O, Costa A. Intersections of Immigration and Sexual/Reproductive Health: An Umbrella Literature Review with a Focus on Health Equity. *Soc Sci.* febrero de 2021;10(2):63.
 124. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J.* octubre de 2013;17(8):1346-54.
 125. Gozzi P, Persson M, Nielsen A, Kilander H, Kågesten AE, Iwarsson KE, et al. Contraceptive access and use among women with migratory experience living in high-income countries: a scoping review. *BMC Public Health.* 20 de septiembre de 2024;24(1):2569.
 126. Stirling-Cameron E, Almukhaini S, Dol J, DuPlessis BJ, Stone K, Aston M, et al. Access and use of sexual and reproductive health services among asylum-seeking and refugee women in high-income countries: A scoping review. *PloS One.* 2024;19(11):e0312746.
 127. Pérez-Sánchez M, Immordino P, Romano G, Giordano A, García-Gil C, Morales F. Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery.* diciembre de 2024;139:104167.
 128. Bouaddi O, Zbiri S, Belrhiti Z. Interventions to improve migrants' access to sexual and reproductive health services: a scoping review. *BMJ Glob Health.* junio de 2023;8(6):e011981.
 129. Napier-Raman S, Hossain SZ, Mpofu E, Lee MJ, Liamputtong P, Dune T. Abortion Experiences and Perspectives Amongst Migrants and Refugees: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 8 de marzo de 2024;21(3):312.
 130. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr.* 18 de marzo de 2014;6:ecurrents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
 131. Araujo J de O, Souza FM de, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalence of sexual violence among refugees: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2019;53:78.
 132. Tadesse G, Andualem F, Rtbey G, Nakie G, Takelle GM, Molla A, et al. Gender-based violence and its determinants among refugees and internally displaced women in Africa: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 16 de octubre de 2024;24(1):2851.

133. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex.* 2012;14(5):505-20.
134. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health – Eur* [Internet]. 1 de noviembre de 2023 [citado 9 de octubre de 2025];34. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00150-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00150-3/fulltext)
135. Panchenko S, Gabster A, Mayaud P, Erausquin JT. Sexual health challenges in migrant, immigrant, and displaced populations 2022–2023. *Curr Opin Infect Dis.* febrero de 2024;37(1):46.
136. Santoso D, Asfia SKBM, Mello MB, Baggaley RC, Johnson CC, Chow EPF, et al. HIV prevalence ratio of international migrants compared to their native-born counterparts: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 5 de julio de 2025];53. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00391-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00391-1/fulltext)
137. Obach A, Blukacz A, Sadler M, Carreño Calderón A, Cabieses B, Díaz C. Barriers and facilitators to access sexual and reproductive health services among young migrants in Tarapacá, Chile: a qualitative study. *BMC Public Health.* 5 de febrero de 2024;24(1):386.
138. Reinoso-Cataldo M, Carrasco-Portiño M, Bustos-Ibarra C, Stuardo-Ávila V. Migración y acceso a la atención en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los agentes de salud en el norte de Chile. *Medwave* [Internet]. 2025 [citado 9 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estcualit/3009.html>
139. Leal Fuentes I, Molina González T, Leal Fuentes I, Molina González T. Exploring the sexual and reproductive health of migrant adolescents in Chile: insights from the 10th National Youth Survey. *Andes Pediatr.* agosto de 2024;95(4):406-14.
140. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados de Estadísticas vitales 2022. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/s%C3%ADntesis-anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2022-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=4838c658_6; 2023.
141. Puentes R, Dünner MA, Santis-Alay NT, Soto-Marchant ME, Canales C, Díaz J. Rate estimation and trend analysis of new HIV infections among the international migrant population in Chile from 2013 to 2022. *J Migr Health.* 1 de enero de 2025;11:100297.
142. World Health Organization. Measuring sexual health- Conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva; 2010.
143. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo de las desigualdades en la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente: Manual paso a paso. Ginebra; 2022.

144. Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para el monitoreo de las desigualdades en la salud a nivel nacional [Internet]. Pan American Health Organization; 2021 [citado 6 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55118>
145. Hopkins J, Narasimhan M, Aujla M, Silva R, Mandil A. The importance of insufficient national data on sexual and reproductive health and rights in international databases. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 5 de julio de 2025];70. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00133-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00133-0/fulltext)
146. Lee LM, Teutsch SM, Thacker SB, St. Louis ME, editores. *Principles & Practice of Public Health Surveillance* [Internet]. Oxford University Press; 2010 [citado 10 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195372922.001.0001>
147. Gilbert R, Cliffe SJ. Public Health Surveillance. *Public Health Intell*. 27 de abril de 2016;91-110.
148. Shah HA, Househ M. Concepts, objectives and analysis of public health surveillance systems. *Comput Methods Programs Biomed Update*. 1 de enero de 2024;5:100136.
149. Kirkby K, Bergen N, Baptista A, Schlotheuber A, Hosseinpoor AR. Data Resource Profile: World Health Organization Health Inequality Data Repository. *Int J Epidemiol*. 15 de junio de 2023;52(5):e253-62.
150. Meeting TC to the J 2018 W. A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. *Eurosurveillance*. 10 de enero de 2019;24(2):1800681.
151. Ratnayake R, Tammamro M, Tiffany A, Kongelf A, Polonsky JA, McClelland A. People-centred surveillance: a narrative review of community-based surveillance among crisis-affected populations. *Lancet Planet Health*. 1 de octubre de 2020;4(10):e483-95.
152. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202.
153. McGowan CR, Takahashi E, Romig L, Bertram K, Kadir A, Cummings R, et al. Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. *BMJ Glob Health* [Internet]. 19 de agosto de 2022 [citado 5 de diciembre de 2024];7(8). Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/7/8/e009934>
154. Israel B, Eng E, Schultz A, Parker E. *Methods for Community-Based Participatory Research for Health* [Internet]. 2nd Edition. Jossey-Bass; 2012 [citado 14 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/Methods+for+Community-Based+Participatory+Research+for+Health%2C+2nd+Edition-p-9781118021866>
155. Peters DH, Tran NT, Adam T. *A PRACTICAL GUIDE IMPLEMENTATION RESEARCH IN HEALTH* ©WHO. 2013;

156. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 11 de marzo de 2013;12(1):18.
157. Israel BA, Schulz AJ, Parker EP, Becker AB. Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. *Educ Health Change Learn Pract*. julio de 2001;14(2):182-97.
158. Adrian Parra C, Stuardo Ávila V, Contreras Hernández P, Quirland Lazo C, Bustos Ibarra C, Carrasco-Portiño M, et al. Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review. *Public Health*. 1 de febrero de 2024;227:54-62.
159. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig En Educ Médica*. junio de 2012;1(2):90-5.
160. García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 2013;39(2):253-67.
161. Carruth L, Martinez C, Smith L, Donato K, Piñones-Rivera C, Quesada J. Structural vulnerability: migration and health in social context. *BMJ Glob Health*. 1 de abril de 2021;6(Suppl 1):e005109.
162. World Health Assembly 70. Promoting the health of refugees and migrants: draft framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants: report by the Secretariat. 2017 [citado 14 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/274829>
163. Machado S, Wiedmeyer M ling, Watt S, Servin AE, Goldenberg S. Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008–2018). *J Immigr Minor Health*. 1 de febrero de 2022;24(1):256-99.
164. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? *Health Policy Amst Neth*. 2014;114(2):215-25.
165. Ussher JM, Perz J, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R, et al. Negotiating Discourses of Shame, Secrecy, and Silence: Migrant and Refugee Women's Experiences of Sexual Embodiment. *Arch Sex Behav*. 1 de octubre de 2017;46(7):1901-21.
166. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. «In My Culture, We Don't Know Anything About That»: Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med*. diciembre de 2017;24(6):836-45.
167. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet Lond Engl*. 6 de abril de 2013;381(9873):1235-45.

168. Owolabi OO, Hopkins J, Bankole A, Bearak J. Progress towards sustainable development goals related to sexual health. *Bull World Health Organ.* 1 de diciembre de 2024;102(12):895-903.
169. Demange E, Henry E, Préau M. From collaborative research to community-based research. Paris. ANRS/Coalition PLUS. Coll. Paris: Sciences sociales et sida; 2012.
170. McAuliffe M, Triandafyllidou A (eds). *World Migration Report 2022* [Internet]. Geneva: International Organization of Migration (IOM); 2021 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>
171. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 28 de agosto de 2022]. 67 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>
172. Ogundahunsi O, Kamau EM (eds). *Implementation research toolkit* [Internet]. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://adphealth.org/irtoolkit/>
173. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saúde Pública.* 54:20.
174. O'Keeffe J, Takahashi E, Otshudiema JO, Malembi E, Ndaliko C, Munihire NM, et al. Strengthening community-based surveillance: lessons learned from the 2018–2020 Democratic Republic of Congo (DRC) Ebola outbreak. *Confl Health.* 30 de agosto de 2023;17(1):41.
175. Byrne A, Nichol B. A community-centred approach to global health security: implementation experience of community-based surveillance (CBS) for epidemic preparedness. *Glob Secur Health Sci Policy.* 1 de enero de 2020;5(1):71-84.
176. WHO/AFRO. *Integrated Diseases Surveillance and Response in the African Region: Community-based Surveillance (CBS) Training Manual* [Internet]. 2015 [citado 19 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based>
177. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. 1 de abril de 2014 [citado 23 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/48/8/731>
178. Theobald S, Brandes N, Gyapong M, El-Saharty S, Proctor E, Diaz T, et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *The Lancet.* 17 de noviembre de 2018;392(10160):2214-28.
179. Schneider H, Lehmann U. From Community Health Workers to Community Health Systems: Time to Widen the Horizon? *Health Syst Reform.* 2 de abril de 2016;2(2):112-8.
180. Pallas SW, Minhas D, Pérez-Escamilla R, Taylor L, Curry L, Bradley EH. *Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: What Do We*

Know About Scaling Up and Sustainability? *Am J Public Health*. julio de 2013;103(7):e74-82.

181. Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. World Health Organization; 2010 [citado 14 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563970>
182. UNAIDS. Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS [Internet]. Geneva; 2021 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
183. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Community-Based Surveillance: guiding principles | IFRC [Internet]. Geneva; 2017 [citado 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ifrc.org/document/community-based-surveillance-guiding-principles>
184. Andrews M, Pritchett L, Woolcock M. Building State Capability: Evidence, Analysis, Action [Internet]. Oxford University Press; 2017 [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://bsc.hks.harvard.edu/publications/building-state-capability-evidence-analysis-action/>

XI. ANEXOS

ANEXO 1: Estrategia de búsqueda (Artículo 1)

Medline/PubMed (28/09/2022)

Order	Medline/Pubmed	Results
1	"emigrants and immigrants"[MeSH Terms] OR "refugees"[MeSH Terms]	26.681
2	(immigrant* OR migrant* OR "asylum seeker*" OR "international migra*"OR "Undocumented Immigrant*" OR "refugee*")	72.473
3	1 OR 2	72.473
4	("Healthcare Disparities"[MeSH Terms] OR "social determinants of health"[MeSH Terms] OR "health services accessibility"[MeSH Terms] OR "patient acceptance of health care"[MeSH Terms])	304.028
5	((("Access to Health Services*") OR ("healthcare access*"))	5.092
6	4 OR 5	306.785
7	("reproductive health services"[MeSH Terms] OR "women's Health Services"[MeSH Terms] OR "preconception care"[MeSH Terms] OR "family planning services"[MeSH Terms])	49.216
8	("sexual health care*" OR "sexual healthcare*"OR "Sexual health service*" OR "reproductive healthcare*" or "women's Healthcare*")	3.436
9	7 OR 8	52.194
10	"sexual health"[MeSH Terms] OR "reproductive health"[MeSH Terms] OR "Sexually Transmitted Diseases"[MeSH Terms] OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome"[MeSH Terms] OR "abortion applicants"[MeSH Terms] OR "abortion, criminal"[MeSH Terms] OR "abortion, induced"[MeSH Terms] OR "contraception, postcoital"[MeSH Terms] OR "pregnancy, unplanned"[MeSH Terms] OR "pregnancy, unwanted"[MeSH Terms] OR "contraception"[MeSH Terms] OR "sexuality"[MeSH Terms] OR "sexual behavior"[MeSH Terms] OR "gynecology"[MeSH Terms] OR "papanicolaou test"[MeSH Terms]	538.151
11	"sexually transmitted disease*"OR "std" OR "venereal disease*" OR "reproductive tract infection*" OR "syphilis*" OR "chlamydia*" OR "gonorrhea*" OR "human immunodeficiency virus*" OR "hiv" OR "pre-exposure prophylaxis*" or "PrEP" or "post-exposure prophylaxis*" OR "PEP" OR "pap smear*" OR "contracept*" OR "birth control*" OR "unintended pregnancy*"OR "abortion*" OR "sexual dysfunction"	769.792
12	10 OR 11	899.497
13	9 OR 12	925.705

14	3 AND 6 AND 13 NOT ("maternal health services"[MeSH Terms])	880
15	3 AND 6 AND 13 NOT ("maternal health services"[MeSH Terms]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]) AND (2000:2022[pdat])	786

Web of Science (30/09/2022)

Order	Web of Science	Results
1	TS=(immigrant* or migrant* or asylum seeker* or refugee*)	158.844
2	TS=(Healthcare Disparities* OR social determinants of health* OR health services accessibility* OR patient acceptance of health care*OR Access to Health Services* OR healthcare access*)	85.830
3	TS=(reproductive health service* OR women's Health Service* OR preconception care* OR family planning service* OR sexual health care* OR Sexual health service* or sexual healthcare*)	56.043
4	TS=(sexual health* OR reproductive health* OR gynecology* OR Sexually Transmitted Diseases* OR std* OR venereal disease* OR reproductive tract infection* OR syphilis* OR chlamydia* OR gonorrhea* OR human immunodeficiency virus* OR hiv* OR Acquired Immunodeficiency Syndrome* OR pre exposure prophylaxis* or PrEP or post exposure prophylaxis* OR PEP OR PAP smear* OR papanicolaou* OR contracepti* OR birth control* OR unplanned pregnancy* OR unwanted pregnancy* or unintended pregnancy* OR abortion* sexuality* OR sexual behavior* OR sexual dysfunction*)	872.043
5	3 OR 4	887.307
6	1 AND 2 AND 5 NOT (TS=maternal health*)	573
7	6 AND LA= (English OR Spanish)) AND PY=(2000-2022)	557

CINAHL (30/09/2022)

Order	CINAHL	Results
1	(immigrant* or migrant* or asylum seeker* or refugee*)	38481
2	(Healthcare Disparities* OR social determinants of health* OR health services accessibility* OR patient acceptance of health care*OR Access to Health Services* OR healthcare access*)	133.443

3	(reproductive health service* OR women's Health Service* OR preconception care* OR family planning service* OR sexual health care* OR Sexual health service* or sexual healthcare*) OR (sexual health* OR reproductive health* OR gynecology* OR Sexually Transmitted Diseases* OR std* OR venereal disease* OR reproductive tract infection* OR syphilis* OR chlamydia* OR gonorrhea* OR human immunodeficiency virus* OR hiv* OR Acquired Immunodeficiency Syndrome* OR pre exposure prophylaxis* or PrEP or post exposure prophylaxis* OR PEP OR PAP smear* OR papanicolaou* OR contracepti* OR birth control* OR unplanned pregnancy* OR unwanted pregnancy* or unintended pregnancy* OR abortion* sexuality* OR sexual behavior* OR sexual dysfunction*)	12.756
4	1 AND 2 AND 3 NOT (maternal health*)	705
5	1 AND 2 AND 3 NOT (maternal health*) Limitadores - Fecha de publicación: 20000101-20221231 Especificar por Language: - english-spanish Ampliadores - Aplicar materias equivalentes	688

EMBASE (30/09/2022)

Order	EMBASE	Results
1	(immigrant OR migrant OR 'asylum seeker' OR refugee)	66336
2	('health care disparity' OR 'social determinants of health' OR 'health care access' OR 'health services accessibility' OR 'access to health services' OR 'healthcare access' OR (health*:ti AND access*:ti))	131379
3	('reproductive health women' OR 'reproductive health men' OR 'prepregnancy care' OR 'family planning' OR 'sexual health service' OR 'sexual health' OR 'sexual health'/exp OR (sexual AND healthcare) OR 'reproductive health' OR 'gynecology' OR 'sexually transmitted disease' OR 'venereal diseases' OR 'genital tract infection' OR 'syphilis' OR 'chlamydiae' OR 'gonorrhea' OR 'human immunodeficiency virus' OR 'acquired immune deficiency syndrome' OR 'pre-exposure prophylaxis' OR 'post exposure prophylaxis' OR 'papanicolaou test' OR 'contraception' OR 'birth control' OR 'unplanned pregnancy' OR 'unwanted pregnancy' OR 'abortion' OR 'sexuality' OR 'sexual behavior' OR 'sexual dysfunction')	1646953
4	1 AND 2 AND 3	668
5	1 AND 2 AND 3 NOT 'maternal care'	641

ANEXO 2: Tabla de extracción de datos de estudios incluidos (Artículo 1)

Correlative	Author/year	Study design	Population characteristics	Country/region of origin	Receiving country/region:	Dimension healthcare access identified	SRHS or outcome	Type of SDH	Determinant dimension	Category (Barrier)	Subcategory
1	Adeimeji, 2014 ¹	Qualitative	Immigrants	Africa	Ireland	Affordability, Availability and accommodation, Appropriateness and Acceptability	HIV Testing	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	HIV/ Stigma and Discrimination	
								Intermediate Determinants	Public Policies	Discriminatory Policies	Discriminatory Policies
								Socioeconomic Position	Social Class	Financial Constraints	
								Intermediate Determinants	Psychosocial Factors	Social support	Lack of support
								Intermediate Determinants	Health System	Financial Health Coverage	
										Privacy, Confidentiality and Trust	
										Health System	Waiting times
										barriers	
2	Adegbeye et al. 2016 ²	Qualitative	Immigrant women	Sub-Saharan Africa (SSA)	USA (Lexington, Kentucky)	Approachability, Acceptability and Affordability	Cervical cancer screening	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers	
								Socioeconomic Position	Education	Cultural/Religious beliefs and Modesty	Cultural/Religious beliefs
								Intermediate Determinants	Psychosocial Factors	Lack of knowledge/awareness	Lack of knowledge/awareness
								Intermediate Determinants	Culture and Societal Values	Psychosocial factors	Fear of health procedure
3	Agu 2016 ³	Qualitative	Migrants	Sub-Saharan Africa and Southeast Asia	Australia (Perth metropolitan area in Western Australia)	Approachability, Acceptability and Affordability	Sexual Health	Socioeconomic and Political Context	Education	Language and communication barriers	
								Socioeconomic Position	Race	Cultural/Religious beliefs and Modesty	Cultural/Religious beliefs
										HIV Stigma and Discrimination	
										Lack of knowledge/awareness	Lack of knowledge/awareness
										Racism and discrimination	Racism/discrimination
										Privacy, Confidentiality and Trust	Discrimination/ stigma (by HP)
								Intermediate Determinants	Health System	Health System Navigation	
										Financial Health Coverage	
4	Asuamah, 2022 ⁴	Qualitative	Migrants	Africa	China (Beijing)	Approachability, Acceptability, Affordability and Appropriateness	Reproductive Healthcare	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers	
								Socioeconomic Position	Public Policies	Discriminatory Policies	
									Education	Lack of knowledge/awareness	Lack of knowledge/awareness
									Social Class	Financial Constraints	
								Intermediate Determinants	Health System	Health System barriers	Culturally adapted

								Health System Navigation		
								Financial Health Coverage	Facilities location (distance)	Limited healthcare resources
12	Gele, 2020 ¹²	Qualitative	Immigrants' women	Somalia	Norway (Oslo)	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation and affordability	Family Planning (contraceptive)	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers
								Socioeconomic Position	Education	Cultural/Religious beliefs and Modesty
										Lack of knowledge/awareness
									Social Class	Financial Constraints
								Intermediary Determinants	Gender	Gender Inequality
								Socioeconomic and Political Context	Psychosocial Factors	Psychological factors
13	Ghasemi, 2021 ¹³	Qualitative	Immigrants' PLWHIV (or those who are at risk)	Afghanistan	Iran	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, and affordability	HIV care and treatment	Socioeconomic Position	Immigration Status	Stigma/discrimination (HIV) (2)
								Intermediary Determinants	Gender	Gender Inequality
									Psychosocial Factors	Social support
									Health System	Health System Navigation
									Health System	Facilities location (distance)
14	Ghebrey, 2015 ¹⁴	Qualitative	Immigrants' women	Somalia	USA (Minnesota)	Approachability and Acceptability	Cervical cancer Screening	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers
								Socioeconomic Position	Education	Lack of knowledge/awareness
								Intermediary Determinants	Gender	Gender Inequality
									Psychosocial Factors	Psychological factors
									Health System	Privacy, Confidentiality and Trust
15	Gurnah, 2011 ¹⁵	Qualitative	Refugee women	Somalia	USA (Connecticut)	Approachability and Acceptability	Reproductive Healthcare	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers
								Socioeconomic Position	Gender	Gender Inequality
									Culture and Societal Values	Cultural/Religious beliefs and Modesty
16	Harvey, 2013 ¹⁶	Qualitative	Immigrant men	Latin America	USA (Oregon)	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, and affordability	Sexual and Reproductive Health	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers
									Education	Lack of knowledge/awareness
									Social Class	Financial Constraints

						Intermediary Determinants	Psychosocial Factors Behaviors and Biological Factors Health System	Psychological factors Behavioral barriers Financial Health Coverage Privacy, Confidentiality and Trust Health System barriers Language and communication barriers	Fear of illness/disease Risk perception Waiting times
17	Ilami, 2021 ¹⁷	Qualitative	Immigrants' women	Iran	Australia (Western Australia)	Sexual and Reproductive Health	Socioeconomic and Political Context Culture and Societal Values Education Gender Psychosocial Factors Health System	Lack of knowledge/awareness Gender inequality Social support Financial Health Coverage Health System Navigation Privacy, Confidentiality and Trust Health System barriers Language and communication barriers Cultural/Religious beliefs and Modesty Traditional Medicine	Lack of knowledge/awareness Gender norms Social isolation
18	Keesee, 2012 ¹⁸	Quantitative	Migrants PLWHIV	Latin America	USA (Oklahoma)	HIV Care	Socioeconomic Position Intermediary Determinants Education Health System Culture and Societal Values Social Class Psychosocial Factors Health System	Lack of knowledge/awareness Financial Health Coverage Language and communication barriers Cultural/Religious beliefs and Modesty Financial Constraints Psychological factors Health System Navigation Cultural/Religious beliefs and Modesty Health System barriers Waiting times Experiences with HP Culturally adapted services/HP	Lack of knowledge/awareness
19	Khin, 2021 ¹⁹	Qualitative	Migrant women	Myanmar	Japan	Contraceptive (Family planning)	Intermediary Determinants Socioeconomic and Political Context Socioeconomic Position Social Class Psychosocial Factors Health System	Language and communication barriers Cultural/Religious beliefs and Modesty Financial Constraints	Cultural/Religious beliefs and Modesty Health System barriers Waiting times Experiences with HP Culturally adapted services/HP
20	Lee, 2013 ²⁰	Qualitative	Immigrant	Vietnam	Taiwan	Cervical cancer Screening	Socioeconomic and Political Context Socioeconomic Position Intermediary Determinants Psychosocial Factors Culture and Societal Values Education Psychosocial Factors Material Circumstances Health System	Health System Navigation Cultural/Religious beliefs and Modesty Lack of knowledge/awareness Psychological factors Fear of health procedure Lack of time Health System barriers Experiences with HP	Modesty Health literacy
21	Lindkvist, 2015 ²¹	Qualitative	Immigrant	Eritrea and Ethiopia	Sweden (Stockholm)	HIV testing	Socioeconomic and Political Context Socioeconomic Position Culture and Societal Values Education	Language and communication barriers Cultural/Religious beliefs and Modesty Lack of knowledge/awareness	Cultural/Religious beliefs and Modesty Lack of knowledge/awareness

							Intermediary Determinants	Psychosocial Factors	\$ Psychological factors	atreness
							Health System		Social support	Fear of illness/disease
									Privacy, Confidentiality and Trust	Social Isolation
									Health System	Experiences with HP
22	Logie, 2021 ²²	Qualitative	Refugee displaced adolescents	Democratic Republic of Congo, Rwanda, Burundi and Sudan	Uganda (Kampala)	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, and affordability	HIV testing	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers
								Socioeconomic Position	Social Class	Cultural/Religious beliefs and Modesty
									Education	Financial Constraints
									Gender	Lack of knowledge/awareness
								Intermediary Determinants	Gender Inequality	Health literacy
									Material Circumstances	Living conditions
									Health System	Gender norms
23	Mantranku nda, 2009 ²³	Qualitative	Migrants, refugees and asylum seekers	Sub-Saharan Africa (SSA)	Belgium	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, and affordability	HIV voluntary counseling and testing	Socioeconomic and Political Context	Health System	Privacy, Confidentiality and Trust
								Socioeconomic Position	Culture and Societal Values	Cultural/Religious beliefs and Modesty
									Education	Lack of knowledge/awareness
									Social Class	Financial Constraints
								Intermediary Determinants	Psychosocial Factors	Psychological factors
									Health System	Fear of illness/disease
24	Marques, 2021 ²⁴	Qualitative	Migrant women	Not specified	Portugal (Lisbon)	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, affordability, and appropriateness	Cervical cancer Screening	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Health System barriers
									Language and communication barriers	Language/com munication barriers
									Cultural/Religious beliefs and Modesty	Cultural/Religi on beliefs (2)
									Modesty	
								Socioeconomic Position	Immigration Status	
									Gender	Gender inequality
								Intermediary Determinants	Behaviors and Biological Factors	Unequal power relations
									Material Circumstances	Behavioral barriers
									Health System	Risk perception
25	Mbanya, 2020 ²⁵	Qualitative	Immigrant Women exposed to FGC	Sub-Saharan Africa (SSA)	Norway	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, and appropriateness	Female Genital Cutting (FGC)	Socioeconomic Position	Gender	Living conditions
								Intermediary Determinants	Health System	Health System Navigation (2)
									Gender Inequality	Unequal power relations
									Health System Navigation	Experiences with HP
									Health System barriers	Culturally adapted services/HP
										Experiences with HP
26	Mehraji, 2021 ²⁶	Qualitative	Immigrant Adolescents	South Asia	Canada (Alberta)	Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, and appropriateness	Sexual and Reproductive Health	Socioeconomic and Political Context	Culture and Societal Values	Language and communication barriers
										Cultural/Religious beliefs and Modesty
										Cultural/Religi on beliefs

							Position																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 3: Versiones de matriz de indicadores desarrollados (Artículo 2)

1.1. Matriz preliminar

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
Trayectoria migratoria y contextos de vulnerabilidad	Contexto de Salida	Decisión de migrar a Chile	Decisión de migrar a Chile (nivel de independencia en la decisión de migrar)	FG	
		Motivo de salida de país de origen	Motivo para migrar		B3
			Violencia de pareja como motivo de migración	FG	B3_6
			Violencia sexual como motivo de migración		
	Redes	Presencia de redes en Chile antes de migrar	Redes de apoyo en Chile al momento de migrar		
		Redes de apoyo actuales	Red de apoyo en Chile		
			Composición de la red de apoyo en Chile desde la instalación en Chile		
			Contribución de las redes de apoyo durante la instalación		
			Participación social		
		Motivo por el cual no comparte con otras personas	Motivo por el cual no comparte con otras personas	FG	
	Contexto viaje migratorio	Tipo de migración (última)	Tipo de migración hacia Chile		
			Residencia en otro país (antes de Chile)		
		Migración circular	Frecuencia de movilidad a país de origen	FG	
			Motivo para visitar país de origen		
		Vía de traslado	Vía de traslado de la trayectoria hacia Chile		
		Motivo vía de traslado (a pie)	Motivo de traslado mediante autostop o caminando		
		Ingreso a Chile (paso fronterizo)	Circunstancias ingreso a Chile		Versión expertos
		Duración del trayecto hacia Chile	Duración del trayecto hacia Chile		
	Capacidad de agencia en trayecto hacia Chile	Financiamiento del trayecto	Financiamiento del trayecto hacia Chile		
		Autonomía durante el trayecto	Nivel de independencia durante el trayecto hacia Chile		
		Motivos falta de autonomía durante el trayecto	Motivo de dependencia durante el trayecto hacia Chile		
			Pago informal para documentación de ingreso a Chile		B4
			Pago informal para ingreso a Chile		B4

menCIÓN	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
	Capacidad de agencia desde la instalación en Chile	Situaciones de vulnerabilidad en trayecto hacia Chile	Violencia de género en trayecto hacia Chile		B4
			Violencia sexual en trayecto hacia Chile		B4
		Nivel de independencia	Nivel de independencia en toma de decisiones desde instalación en Chile	FG	Versión expertos (G4 modif)
		Facilitadores instalación	Composición de la red de apoyo en Chile desde la instalación en Chile (en redes de apoyo)		
			Contribución de las redes de apoyo durante la instalación (en redes de apoyo)		
			Capacidad económica para vivir		C3
		Situación ocupacional	Situación laboral		C1 (Modif)
			Trabajo sin pago de remuneraciones.	FG	
		Administración de sus ingresos	Perdida de administración o control de sus ingresos (en preguntas sobre dificultades de instalación)	FG	
		Dependencia económica	Dependencia económica		G1
			Motivo dependencia económica		
		Hogar/vivienda	Condiciones de habitabilidad en vivienda		
			Composición del hogar/vivienda	FG	
		Acceso a documentos de identificación de país de origen	Perdida de documentos de identificación.		
			Retención de documentos de identificación.		
		Dificultades instalación	Falta de redes de apoyo en Chile (en redes de apoyo)		
			Consumo perjudicial de alcohol o drogas en Chile		
			Vivir o pernoctar en lugares de uso público		
			Perdida de administración o control de sus ingresos.		
			Sexo transaccional		
		Proyección en Chile	Proyección en Chile		
	Violencia Género	Tipo de VG en PO	Violencia de género en país de origen (en contexto de salida)		
		Tipo de VG en Chile	Violencia de género (física)		G2
			Violencia de género (psicológica)		G2
			Violencia de género (económica)		G2
	Violencia Sexual	Manifestaciones de VS en la pareja en PO	Violencia sexual		G2
			Agresión sexual en PO		
		Manifestaciones VS en infancia	Agresión sexual por pareja en PO		
			Abuso sexual infantil		
			Agresión sexual en infancia		
			Víctima de abuso sexual en Chile		G7
			Víctima de agresión sexual en Chile		G7
			Víctima de abuso sexual en trayectoria migratoria (en ítem "agencia de trayectoria")		B4 (respuesta)

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
Violencias		Tipos de VS en Chile	Víctima de abuso sexual en trayectoria migratoria (en ítem "agencia de trayectoria")		B4 (respuesta)
			Violencia sexual de pareja en Chile (ítem "violencia de pareja")		
	Discriminación	Percepción de discriminación en Chile	Percepción de discriminación en Chile		G3
		Motivo discriminación en Chile	Motivo discriminación en Chile		G4
	Identidad de género		Sexo biológico		A2
			Orientación sexual		
			Identidad de género		A3
	Iniciación sexual	Edad de iniciación sexual	Edad de primera relación sexual penetrativa		F1
		Acceso a educación sexual al momento de la iniciación sexual	Acceso a educación sexual al momento de la iniciación sexual		
		Contexto primera relación sexual	Contexto primera relación sexual (consentida/no consentida)		
		Uso de método de prevención en primera relación sexual	Uso de condón en primera relación sexual		
	Socialización sexualidad (personas homosexuales bi y trans)	Inicio de proceso identidad sexual	Inicio proceso autoidentificación sexual		
		Reacción de entorno en proceso de identidad sexual	Discriminación familiar su identidad sexual		
			Discriminación por social por identidad sexual (PO)		
		Expresión de sexualidad en PO	Expresión de sexualidad en PO		
		Acceso a educación sexual inclusiva	Acceso oportuno a educación sexual inclusiva para la comunidad LGBTQ+		
		Primera relación sexual	Persona primera relación sexual		
		Expresa su sexualidad libremente en Chile	Expresión de sexualidad en Chile		
		Discriminación por identidad sexual en Chile	Discriminación por IS en Chile (en ítem "Discriminación")		
		Creencias en torno a salud sexual de la comunidad LGBTQ+ (en Chile)	Creencias en torno a salud sexual de la comunidad LGBTQ+		
		Socialización de sexualidad con pares (en Chile)	Temáticas de socialización sexualidad con pares		
		Idea de planificar en PO	Posibilidad de planificación familiar en país de origen		
		Motivo no planificación familiar en PO	Número de hijos al usar por primera vez un método anticonceptivo		
		Participación de la pareja en PF	Participación de la pareja en PF en PO		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
	Planificación familiar	Idea de planificación familiar en Chile	Preferencias de fecundidad		
			Uso de métodos de planificación familiar		
		Motivo no planificación familiar en Chile	Motivo no uso de método de PF		
		Participación de la pareja en PF en Chile	Participación de la pareja en PF en Chile		
		Diversidad de parejas sexuales	Diversidad de parejas sexuales		
	Métodos de prevención	Método de prevención utilizado en PO	Método de prevención de embarazo utilizado en PO		
			Motivo no uso de MAC hormonal en país de origen		
		Modo de obtención de MAC en PO	Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en país de origen.		
		Uso condón en PO	Frecuencia de uso de condón con pareja estable en PO		
			Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en PO		
		Motivo del uso intermitente del condón en PO	Motivo de no uso condón siempre pareja estable en PO		
			Motivo de no uso condón siempre con pareja ocasional en PO		
		Uso de método de prevención en Chile	Método de prevención de embarazo utilizado en Chile		E11
		Modo de obtención MAC en Chile	Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en Chile.		
		Uso de condón en Chile	Frecuencia de uso de condón con pareja estable en Chile		F4_mod
			Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en Chile		F8_mod
		Motivo no uso de condón de pene	Motivo de no uso condón siempre pareja estable actual o última (en Chile)		
			Motivo de no uso condón siempre pareja ocasional en Chile		
		Motivo no uso MP (hormonal o barrera) en Chile	Motivo no uso de MAC hormonal en Chile		
			Necesidades insatisfechas de MAC (Item salud sexual)		
	Salud menstrual	Experiencia de menstruación durante Viaje migratorio	Disponibilidad de productos de higiene menstrual en trayectoria migratoria		
			Ocurrencia de Infecciones en los genitales producto de la menstruación		E7
		Medidas adoptadas durante menstruación	Medidas de prevención de infecciones en los genitales producto de la menstruación		E8
			Administración de medicamento para prevenir IGPM en Chile		E9

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
Imaginario salud sexual	Satisfacción sexual	Considera sus relaciones sexuales placenteras	Placer en la relación sexual		
		Motivo falta de placer durante relaciones sexuales	Motivo falta de placer durante relaciones sexuales (dolor, salud mental, falta de vínculo emocional, experiencia negativa...)	FG	
	Trabajo sexual	Se desempeña en trabajo sexual en Chile	Desempeña en trabajo sexual en Chile		G8
			Contexto de inicio del trabajo sexual		
		Frecuencia de uso condón en trabajo sexual	Frecuencia de uso condón en trabajo sexual		G9
		Motivo uso intermitente de condón en trabajo sexual	Motivo no uso (intermitente/nunca) de condón en trabajo sexual		
		Último examen de VIH	Último examen de VIH (trabajador/as sexuales)		
	VIH	Examen VIH	Realización de examen de VIH alguna vez (país)		E21 (modif)
			Motivo realización de examen VIH en PO		E23 (modif)
			Motivo realización de examen VIH en Chile		E23 (modif)
			Resultado de último examen de VIH uso de TARV		E24
		Motivo nunca/no realización exámenes de VIH	Motivo nunca realización examen de VIH		E22
			Motivo no realización examen VIH en Chile		E22 (modif)
		Necesidad de realización de examen VIH	Necesidad insatisfecha de examen de VIH (ítem necesidades de salud sexual)		
		Conocimiento vías de transmisión sobre VIH	Transmisión vertical (parto)		E14
			Transmisión vertical (lactancia materna)		E14
			Transmisión vía sexual		E14
			Por objetos cortopunzantes		E14
			Compartir agujas y jeringas		E14
			Vía transfusión sanguínea o cirugía		E14
			Desconocimiento o mitos		E14
	ITS (no VIH)	Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida		E15 (Mod)
			País de diagnóstico de la ITS		
		Sintomatología ITS en últimos 12 meses	Nombre de la/s ITS diagnosticadas alguna vez en la vida		E16
			Secreción anormal en los genitales (últimos 12 meses)		E17
			Herida o protuberancia en pene/vagina o ano (últimos 12 meses)		E18

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
salud sexual y acceso a salud	Control ginecológico	Acceso a Control Ginecológico (PO)	Tiempo transcurrido desde la última atención ginecológica País de la última atención ginecológica		E2
		Motivo falta acceso a control ginecológico	Motivo falta de acceso a Control Ginecológico en Chile		
		Terapia hormonal para adecuación corporal	Terapia hormonal para adecuación corporal		
			Terapia hormonal para adecuación corporal bajo control.		
	PAP	Periodicidad PAP en PO	Realización de PAP alguna vez en la vida		E3
		Último PAP	Tiempo transcurrido desde el último PAP		E5
			País de realización de último PAP		
			Resultado último PAP		E4
		Motivo nunca/no PAP	Motivo por el cual nunca se ha realizado PAP		E6
			Motivos de no realización PAP en Chile		
		Necesidad insatisfechas de atención ginecológica	Necesidad insatisfechas de atención ginecológica (ítem necesidades de salud sexual)		
	Examen de mamas	Examen de mamá	Lugar de realización último examen de mama		
		Motivo no examen de mama en Chile	Motivo no realización de examen de mama en Chile		
		Antecedentes personales/familiares	Antecedentes familiares de cáncer de mama		
			Molestias o sintomatología mamarias		
	Embarazos	Ocurrencia de embarazos	Ocurrencia de embarazos		
		Número de embarazos no deseados	Número de embarazos no planificados/deseados		
		Control de embarazo	Control prenatal en PO		
		Complicaciones en embarazos	Antecedentes de complicaciones del embarazo o parto		
		Embarazo en Chile	Ocurrencia de embarazo en Chile		
			Circunstancias (planificado o no) del embarazo en Chile		
			Acceso oportuno a control prenatal en Chile		
	Aborto	Ocurrencia	Ocurrencia de aborto		
			Tipo de aborto		
		Consideró la opción de abortar	Intención de abortar		
		Motivo por el cual no concretó aborto	Necesidades insatisfechas de aborto en PO		
	Parto	Lugar de atención del Parto el PO	Atención de parto en por personal sanitario capacitado		
		Manifestaciones de violencia obstétrica	Violencia obstétrica en PO		
			Violencia obstétrica en Chile		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Fuente	MIRADASS
	Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	Necesidad de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.		H1
			Necesidad de acceso Obtención de condones.		H1
			Necesidad de acceso a MAC.		H1
			Necesidad de acceso a Examen de mamas		H1
			Necesidades de acceso a atención de salud para personas trans		
		Necesidades insatisfechas de salud sexual en Chile	Necesidad insatisfechas de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.		H2
			Necesidad insatisfechas de obtención de condones.		H2
			Necesidad insatisfechas de MAC.		H2
			Necesidad insatisfechas de examen de mamas		H2
			Necesidades insatisfechas atención de salud para personas trans		
		Evaluación de atención salud sexual en Chile	Evaluación de atención salud sexual en Chile		
			Personas evaluadas negativamente la atención salud sexual en Chile		
Vinculación con sistema de salud		Contacto de sistema de salud en Chile	Contacto de sistema de salud en Chile		D4
			Motivo uso o contacto con el Sistema de salud		
		Frecuencia de atención por consultas de urgencia	Frecuencia de atención por consultas de urgencia	FG	
		Barreras acceso (nunca) sistema de salud	Motivo de no acceso al sistema de salud en Chile		
		Disposición a atenderse al sistema público de salud	Disposición a atenderse al sistema público de salud	FG	
		Motivo desinterés uso sistema público de salud	Motivo desinterés uso sistema público de salud		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión pares
Sociodemográfico	Sexo biológico	Sexo biológico	Sexo biológico	A1	X		A2			
	Orientación sexual	Orientación sexual	Orientación sexual	A2	X			X		
	Identidad de género	Identidad de género	Identidad de género	A3	X		A3			
	País de nacimiento	País de nacimiento	País de nacimiento (o donde ha vivido gran parte de su vida)	A4			A4		X	
	Idioma	Idioma	Idioma (se deduce por nacionalidad)	A5					X	
	Religión o credo	Religión o credo	Barriers de idioma y/o comunicación	A6				X	X	
	Nivel educacional	Nivel educacional	Nivel educacional	A7			A6	X	X	
	Contexto de Salida	Decisión de migrar a Chile	Decisión de migrar a Chile (nivel de independencia en la decisión de migrar)	B2		X				
		Motivo de salida de país de origen	Motivo para migrar	B1	X		B3			
		Presencia de redes en Chile antes de migrar	Violencia de pareja como motivo de migración	B1	X	X	B3_6			
			Violencia sexual como motivo de migración	B1	X					
	Redes	Redes de apoyo	Redes de apoyo en Chile al momento de migrar (Quiénes)	B3	X				X	
			Red de apoyo en Chile	B25	X				X	
			Composición de la red de apoyo en Chile desde la instalación en Chile	B26	X				X	
			Contribución de las redes de apoyo durante la instalación	B27	X				X	
	Contexto viaje migratorio	Motivo por el cual no comparte con otras personas	Participación social	B26	X				X	
			Motivo por el cual no comparte con otras personas	B28	X	X			X	
		Tipo de migración (última)	Tipo de migración hacia Chile	B12	X					
		Migración circular	Residencia en otro país (antes de Chile)	B4	X					
Trayectoria migratoria y contextos de vulnerabilidad	Contexto viaje migratorio	Vía de traslado	Frecuencia de movilidad a país de origen	B14		X				
			Motivo para visitar país de origen	B15	X					
		Ingreso a Chile (paso fronterizo)	Vía de traslado de la trayectoria hacia Chile	B7	X					
		Duración del trayecto hacia Chile	Circunstancias ingreso a Chile	B8	X		V_Exp			
	Capacidad de agencia en trayecto hacia Chile	Proyección en Chile	Duración del trayecto hacia Chile	B5	X					
		Financiamiento del trayecto	Proyección en Chile	B16	X					
		Autonomía durante el trayecto	Financiamiento del trayecto hacia Chile	B6	X					
		Motivos falta de autonomía durante el trayecto	Nivel de independencia durante el trayecto hacia Chile	B9	X					
	Situaciones de vulnerabilidad en trayecto hacia Chile	Motivo de dependencia durante el trayecto hacia Chile	Motivo de dependencia durante el trayecto hacia Chile	B10	X					
		Pago informal para documentación de ingreso a Chile	Pago informal para documentación de ingreso a Chile	B11	X		B4			
		Violencia de género en trayecto hacia Chile	Pago informal a para ingreso a Chile	B11	X		B4			
		Violencia sexual en trayecto hacia Chile	Violencia de género en trayecto hacia Chile	B11	X		B4			
	Trabajo sexual en contexto de instalación en Chile		Violencia sexual en trayecto hacia Chile	B11	X		B4			
			Trabajo sexual en contexto de instalación en Chile	B11	X	X	B4			X

1.2. Matriz en extenso

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión pares
Violencias	Capacidad de agencia desde la instalación en Chile	Situación migratoria	Situación migratoria	B13			B2			
		Nivel de independencia	Nivel de independencia en toma de decisiones desde instalación en Chile	B24		X	V_Exp(med)		X	
		Facilitadores instalación	Capacidad económica para vivir	B23	X		C3	X	X	
		Situación ocupacional	Situación laboral	B17	X		C1 (Modif)	X	X	
			Trabajo sin pago de remuneraciones.	B17		X				
			Tipo de trabajo	B18	X	X	P31		X	X
		Dependencia económica	Recepción de remuneraciones	B19		X	P32		X	X
			Dependencia económica	B20	X		G1	X	X	
			Motivo dependencia económica		X					
		Hogar/vivienda	Condiciones de habitabilidad en vivienda	B22	X			X		
	Dificultades instalación	Acceso a documentos de identificación de país de origen	Composición del hogar/vivienda	B21		X				
			Pérdida de documentos de identificación.	B29	X					
			Retención de documentos de identificación.	B29	X					
		Consumo perjudicial de alcohol o drogas en Chile		B29	X					
			Vivir o permanecer en lugares de uso público	B29	X					
			Pérdida de administración o control de sus ingresos.	B29	X					
		Trata de personas con explotación sexual		B29						X
			Sexo transaccional	B29	X					
			Violencia de género (física)	C5	X		G2		X	
	Violencia género	Tipo de VG en Chile	Violencia de género (psicológica)	C5	X		G2		X	
			Violencia de género (económica)	C5	X		G2		X	
			Violencia sexual	C5	X		G2		X	
		Manifestaciones de VS en la pareja en PO	Agresión sexual en PO	C3	X					
			Agresión sexual por pareja en PO	C3	X					
			Abuso sexual infantil	C3	X			X		
		Manifestaciones VS en infancia	Agresión sexual en infancia	C3	X			X		
			Víctima de abuso sexual en Chile	C4	X		G7	X		
			Víctima de agresión sexual en Chile	C4	X		G7	X		
	Violencia Sexual	Tipos de VS en Chile	Percepción de discriminación en Chile	C1	X		G3		X	
			Motivo discriminación en Chile	C2	X		G4		X	
			Edad de iniciación sexual	E1	X		F1	X		
		Acceso a educación sexual al momento de la iniciación sexual	Nivel de acceso a educación sexual al momento de la iniciación sexual	E4	X			?		
			Fuente de acceso a educación sexual al momento de la iniciación sexual	E5	X					X
			Contexto primera relación sexual (consentida/no consentida)	E2	X					
		Primera relación sexual	Persona primera relación sexual	E3	X			X		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRAQASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión pares
	Conocimiento sexualidad o salud sexual	Conocimiento salud sexual	Frecuencia de dudas sobre relaciones sexuales (ejemplo)	H24					X	
			Frecuencia de dudas sobre prevención de VIH/ITS	H24					X	
			Frecuencia de dudas sobre prevención de embarazo	H24					X	
			Frecuencia de dudas sobre salud sexual (ejemplo)	H24					X	
			Sexo vaginal	F2				X		
			Sexo anal	F2				X		
			Sexo oral	F2				X		
			Fecha última relación sexual	F15				X		
			Vínculo persona última relación sexual	F16				X		
			Diversidad de parejas sexuales	F1	X					
	Prácticas sexuales	Diversidad de parejas sexuales	Numero de parejas sexuales	F3						
			Pareja estable últimos 12 meses	F9			F2			
			Pareja ocasional últimos 12 meses	F10			F2			
			Participación en sexo grupal.	F14				X		
			Chemsex o uso sexualizado de drogas.	F14			F10	X		
			Pago por sexo	F14			F14	X		
			Inicio de proceso auto identificación sexual	E14	X			X		
			Discriminación familiar por identidad sexual en PO.	E15						
			Discriminación por social por identidad sexual en PO						X	X
			Motivo por el cual no comunica su identidad sexual a familia	E16						
Socialización sexualidad (personas homosexuales bi y trans)	Reacción de entorno familia en proceso de identidad sexual	Expresión de sexualidad en PO	Expresión de sexualidad en PO	E17	X					
			Expresión de sexualidad en Chile	E18	X					
			Creencias en torno a prevención/riesgo de ITS en la comunidad LGBTIQ+ (en Chile)	E19	X					
			Socialización de sexualidad con pares (en Chile)	E20	X					
			Hijas/hijos biológicos	E6						
			Posibilidad de planificación familiar en país de origen	E7	X					
			Numero de hijos al usar por primera vez un método anticonceptivo	E8	X					
			Participación de la pareja en PF en PO	E9	X					
			Preferencias de fecundidad	E10	X					
			Uso de métodos de planificación familiar	E11	X					
Planificación familiar	Idea de planificación familiar en Chile	Idea de planificación familiar en PO	Motivo no planificación familiar en Chile	E12	X				X	
			Participación de la pareja en PF en Chile	E13	X			X		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIPDASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión pares
Imaginando salud sexual	Métodos de prevención	Método de prevención utilizado en PO	Método de prevención de embarazo utilizado en PO	H25	X					
			Motivo no uso de MAC hormonal en país de origen	H27	X					
		Modo de obtención de MAC en PO	Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en país de origen.	H26	X					
		Uso condón en PO	Frecuencia de uso de condón con pareja estable en PO	F4	X					
			Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en PO	F6	X					
		Motivo del uso intermitente del condón en PO	Motivo de no uso condón siempre pareja estable en PO	F5	X					
			Motivo de no uso condón siempre pareja ocasional en PO	F7	X					
		Uso de método de prevención en Chile	Método de prevención de embarazo utilizado en Chile	H28	X		E11	X		
		Modo de obtención MAC en Chile	Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en Chile.	H29	X					
		Uso de condón en Chile	Frecuencia de uso de condón con pareja estable en Chile	F10	X		F4_mod	X		
			Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en Chile	F12	X		F8_mod	X		
		Motivo no uso de condón de pene	Motivo de no uso condón siempre pareja estable actual o última (en Chile)	F11	X		F5_mf			
			Motivo de no uso condón siempre pareja ocasional en Chile	F13	X		F5_mf			
	Salud menstrual	Motivo no uso MP (hormonal o barrera) en Chile	Motivo no uso de MAC hormonal en Chile	H30	X			X		
		Experiencia de menstruación durante Viaje migratorio	Disponibilidad de productos de higiene menstrual en trayectoria migratoria	H16	X					
		Menstruación último año	Menstruación último años	H17				X		
			Motivo no menstruación en último año	H18				X		
		IGPM	Ocurrencia de infecciones en los genitales producto de la menstruación	H19	X		E7			
		Medidas adoptadas durante menstruación	Medidas de prevención de infecciones en los genitales producto de la menstruación	H20	X		E8			
			Administración de medicamento para prevenir IGPM en Chile	H21	X		E9			
		Satisfacción y/o disfunción sexual	Ausencia o bajo deseo sexual	H22	X			X		
			Eyacular antes de lo deseado	H22				X		
			Ausencia de orgasmos	H22				X		
			Dolor o dificultad en la penetración	H22				X		
			Dificultad para tener o mantener una erección	H22				X		
	Trabajo sexual	Motivo falta se placer durante relaciones sexuales	Motivo insatisfacción o disfunción sexual	H23		X		X		
		Se desempeña en trabajo sexual en Chile	Desempeño en trabajo sexual en Chile	G1	X		G8			
			Comenzo de inicio del trabajo sexual	G2	X					
		Frecuencia de uso condón en trabajo sexual	Frecuencia de uso condón en trabajo sexual	G3	X		G9			

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIPIADASS	ENSSSEX	Scoping Review	Revisión pares
VIH		Motivo uso intermitente de condón en trabajo sexual	Motivo no uso (fintemiente/nunca) de condón en trabajo sexual	G4	X					
			Realización de examen de VIH alguna vez (país)	H39	X		E21 (modif)			
		Examen VIH	Motivo realización de examen VIH en PO	H42	X		E23 (modif)	?		
			Motivo realización de examen VIH en Chile	H43	X		E23 (modif)	X		
			Resultado de último examen de VIH	H44	X		E24	X		
			Uso de TARV	H45	X		I5			
			Discriminación por vivir con VIH	H46					X	
		Motivo nunca/no realización exámenes de VIH	Motivo nunca realización examen de VIH	H40	X		E22	?		
			Motivo no realización examen VIH en Chile	H41	X		E22 (modif)	X		
			Estigma o discriminación hacia el VIH	H41			E22 (modif)		X	
		Conocimiento vías de transmisión sobre VIH	Transmisión vertical (parto)	H37	X		E14	X		
			Transmisión vertical (lactancia materna)	H37	X		E14	X		
			Transmisión vía sexual	H37	X		E14	X		
			Por objetos cortopunzantes	H37	X		E14			
			Compartir agujas y jeringas	H37	X		E14			
			Vía transfusión sanguínea o cirugía	H37	X		E14			
			Desconocimiento o mitos	H37	X		E14	X		X
		Conocimiento PEP	Conocimiento PEP	H38			X	X		
			Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	H31	X		E15 (Mod)	X		
	ITS (no VIH)	Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	País de diagnóstico de la ITS	H32	X					
			Nombre de la/las ITS diagnosticadas alguna vez en la vida	H33	X		E16	X		
		Síntomatología ITS en últimos 12 meses	Tratamiento de ITS diagnosticadas.	H34				X		X
			Secreción anormal en los genitales (últimos 12 meses)	H35	X		E17			
			Herida o protuberancia en pene/vagina o ano (últimos 12 meses)	H36	X		E18			
		Acceso a Control Ginecológico (PO)	Tiempo transcurrido desde la última atención ginecológica/urológica	H1	X		E2	?		
			País de la última atención ginecológica/urológica.	H2	X					
	Control ginecológico/ urológico	Motivo falta acceso a control ginecológico	Motivo falta de acceso a Control Ginecológico/urológico en Chile	H3	X					
			Terapia hormonal para adecuación corporal	H4				X		
		Transición de género	Terapia hormonal para adecuación corporal bajo control.	H5	X			X		
			Realización de PAP alguna vez en la vida	H10	X		E3			
		Periodicidad PAP en PO	Frecuencia de realización PAP en PO	H14						
			Tiempo transcurrido desde el último PAP	H12	X		E5			
	PAP	Último PAP	País de realización de último PAP	H13	X					
			Resultado último PAP	H11	X		E4			
		Motivo nunca/no PAP	Motivo por el cual nunca se ha realizado PAP	H15	X		E6			

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MPQO/ASS	ENSEX	Scoping Review	Revisión pares
salud sexual y acceso a salud	Examen de mamas	Método nunc/uno PPO	Resultado último PPO	H11	X		E4			
		Método por el cual nunca se ha realizado PPO	Método por el cual nunca se ha realizado PPO	H15	X		E6			
		Examen de mama	Lugar del nacimiento último examen de mama	H6	X					
		Método no examen de mama en Chile	Método no realización de examen de mama en Chile	H7	X					
		Antecedentes personales/familiares	Antecedentes familiares de cáncer de mama	H8	X					
			Mostristas o síndrome de Klinefelter	H9	X					
		Ocurriencia de embarazos	Ocurriencia de embarazos	H47	X			X		
			Edad de primer embarazo	H48				X		
			Número de personas con las que ha tenido hijos/as	H49				X		
		Número de embarazos no deseados	Número de embarazos no planificados/deseados	H50	X			X		
	Embarazos	Control prenatal en Chile	Control prenatal en PO	H51	X					
		Complicaciones en embarazos	Antecedentes de complicaciones del embarazo o parto	H52	X					
		Embarazo en Chile	Ocurriencia de embarazos en Chile	H53	X					
			Circunstancias (planificado o no) del embarazo en Chile	H54	X			X		
		Ocurriencia	Ocurriencia de aborto	H58	X			X		
	Aborto	Consideró la opción de abortar	Plat de ocurrencia del aborto	H59	X					
			Intención de abortar	H60	X					
		Método por el cual no concretó aborto	Necesidades insatisfechas de aborto	H67	X					
				H61	X			X		
	Parto	Lugar de atención del Parto en PO	Atención de parto en personal sanitario capacitado	H61	X			X		
		Monitoreaciones de bienestar obstétrica	Vigencia obstétrica en PO	H62	X			X		
	Necesidad de acceso a salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	Vigencia obstétrica en Chile	H62	X					
			Necesidad de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, muestra en sus genitales o mamas.	I1	X		H1			
			Necesidad de acceso Obstrucción de conductos.	I1	X		H1			
			Necesidad de acceso a IMC.	I1	X		H1			
		Necesidad de acceso a Examen de mamas	Necesidad de acceso a Examen de mamas	I1	X		H1			
			Necesidad de acceso a atención de salud para personas trans	I1	X					
			Necesidad insatisfechas de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, muestra en sus genitales o mamas.	I2	X		H2			
			Necesidad insatisfechas de detección de conductos.	I2	X		H2			
		Necesidad insatisfechas de IMC.	Necesidad insatisfechas de IMC.	I2	X		H2			
			Necesidad insatisfechas de examen de mamas	I2	X		H2			
			Necesidades insatisfechas atención de salud para personas trans	I2	X					
				I2	X					
		Prevención	Sistema de salud utilizado	D1			A6	X		X
			Método uso o contacto con el Sistema de salud	D2	X		D4			
			Frecuencia de atención por consultas de urgencia	D3	X				X	
			Método de no acceso al sistema de salud en Chile	D4		X				
	Vinculación con sistema de salud	Barreras acceso (nunca) sistema de salud	Disposición a atenderse al sistema público de salud	D5	X				X	
		Disposición a atenderse al sistema público de salud	Disposición a atenderse al sistema público de salud	D6		X				

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión de pares
Sociodemográfico	Sexo biológico	Sexo biológico	Sexo biológico	A1	X		A2			
	Orientación sexual	Orientación sexual	Orientación sexual	A3	X			X		
	Identidad sexual	Identidad de género	Identidad de género	A2	X		A3			
	País de nacimiento	País de nacimiento (o donde ha vivido gran parte de su vida)	País de nacimiento (o donde ha vivido gran parte de su vida)	A4			A4		X	
	Idioma	Idioma (se deduce por nacionalidad)	Idioma (se deduce por nacionalidad)	A4				X		
	Nivel educacional	Nivel educacional	Nivel educacional	A7			A6	X		
	Motivo de salida	Motivo de salida de país de origen	Motivo para migrar	B1	X		B3			
	Redes de apoyo	Redes de apoyo	Violencia de pareja como motivo de migración	B1	X	X	B3, 6			
	Contexto del viaje	Contexto de salida de país de origen	Violencia sexual como motivo de migración	B1	X					
	Redes de apoyo	Redes de apoyo	Red de apoyo en Chile	B25	X				X	
	Vía de traslado	Vía de traslado de la trayectoria hacia Chile	Vía de traslado de la trayectoria hacia Chile	B7	X					
	Ingreso a Chile (paso fronterizo)	Circunstancias ingreso a Chile	Circunstancias ingreso a Chile	B8	X		V. Exp			
	Duración del trayecto hacia Chile	Duración del trayecto hacia Chile	Duración del trayecto hacia Chile	B5	X					
	Financiamiento del trayecto	Financiamiento del trayecto hacia Chile	Financiamiento del trayecto hacia Chile	B6	X					
	Autonomía durante el trayecto	Nivel de independencia durante el trayecto hacia Chile	Nivel de independencia durante el trayecto hacia Chile	B9	X					
Capacidad de agencia en trayecto hacia Chile	Pago informal para documentación de ingreso a Chile	Pago informal para documentación de ingreso a Chile	Pago informal para ingreso a Chile	B11	X		B4			
	Pago informal a para ingreso a Chile	Pago informal a para ingreso a Chile	Pago informal a para ingreso a Chile	B11	X		B4			
	Violencia de género en trayecto hacia Chile	Violencia de género en trayecto hacia Chile	Violencia de género en trayecto hacia Chile	B11	X		B4			
	Violencia sexual en trayecto hacia Chile	Violencia sexual en trayecto hacia Chile	Violencia sexual en trayecto hacia Chile	B11	X		B4			
	Situaciones de vulnerabilidad en trayecto hacia Chile	Situación migratoria	Situación migratoria	B13			B2		X	
	Nivel de independencia en toma de decisiones desde instalación en Chile	Nivel de independencia en toma de decisiones desde instalación en Chile	Nivel de independencia en toma de decisiones desde instalación en Chile	B24		X	V. Exp (mod)			
	Capacidad económica	Capacidad económica para vivir	Capacidad económica para vivir	B23	X		C3	X	X	
	Situación laboral (trabajo o no trabajo)	Situación laboral (trabajo o no trabajo)	Situación laboral (trabajo o no trabajo)	B17	X		C1 (Modif)	X	X	
	Tipo de trabajo	Tipo de trabajo	Tipo de trabajo	B18	X	X	P31		X	X
	Recepción de remuneraciones	Recepción de remuneraciones	Recepción de remuneraciones	B19		X	P32		X	X
	Condiciones de habitabilidad en vivienda	Condiciones de habitabilidad en vivienda	Condiciones de habitabilidad en vivienda	B22	X			X		
	Composición del hogar	Composición del hogar	Composición del hogar	B21		X				
	Pérdida de documentos de identificación.	Pérdida de documentos de identificación.	Pérdida de documentos de identificación.	B28	X					
	Retención de documentos de identificación.	Retención de documentos de identificación.	Retención de documentos de identificación.	B28	X					
	Consumo perjudicial de alcohol o drogas en Chile	Consumo perjudicial de alcohol o drogas en Chile	Consumo perjudicial de alcohol o drogas en Chile	B28	X					
Trayectorias migratorias y contextos de vulnerabilidad	Vivir o permanecer en lugares de uso público	Vivir o permanecer en lugares de uso público	Vivir o permanecer en lugares de uso público	B28	X					
	Pérdida de administración control de sus ingresos.	Pérdida de administración control de sus ingresos.	Pérdida de administración control de sus ingresos.	B28	X					
	Trata de personas con explotación sexual	Trata de personas con explotación sexual	Trata de personas con explotación sexual	B28					X	
	Trabajo sexual	Trabajo sexual	Trabajo sexual	B28						
	Sexo transaccional	Sexo transaccional	Sexo transaccional	B28	X					
	Violencia de género (física)	Violencia de género (física)	Violencia de género (física)	C5	X		G2		X	
	Violencia de género (psicológica)	Violencia de género (psicológica)	Violencia de género (psicológica)	C5	X		G2		X	
	Violencia de género (económica)	Violencia de género (económica)	Violencia de género (económica)	C5	X		G2		X	
	Violencia sexual en la pareja	Violencia sexual en la pareja	Violencia sexual en la pareja	C5	X		G2		X	
	Contexto de instalación en Chile	Contexto de instalación en Chile	Contexto de instalación en Chile							
	Acceso a documentos de identificación de país de origen	Acceso a documentos de identificación de país de origen	Acceso a documentos de identificación de país de origen							
	Violencia género	Violencia género	Violencia género							
	Tipo de VG en Chile	Tipo de VG en Chile	Tipo de VG en Chile							

1.3. Versión 1

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSESEX	Scoping Review	Revisión de pares
Violencias	Violencia Sexual	Manifestaciones de VS en la pareja en país de origen	Agresión sexual en país de origen	C3	X					
		Manifestaciones de VS en la pareja en país de origen	Agresión sexual por pareja en país de origen	C3	X					
		Abuso sexual infantil	Abuso sexual infantil	C3	X			X		
		Manifestaciones VS en infancia	Agresión sexual en infancia	C3	X			X		
	Discriminación	Tipos de VS en Chile	Víctima de abuso sexual en Chile	C4	X			X		
		Tipos de VS en Chile	Víctima de agresión sexual en Chile	C4	X			X		
		Percepción de discriminación en Chile	Percepción de discriminación en Chile	C1	X		G3	X	X	
		Motivo discriminación en Chile	Motivo discriminación en Chile	C2	X		G4			X
		Expresión de sexualidad libremente en Chile	Expresión de sexualidad en Chile	E18	X					
		Creencias en torno a salud sexual de la comunidad LGBTQ+ (en Chile)	Creencias en torno a prevención/riesgo de ITS en la comunidad LGBTQ+	E19	X					
Imaginatio salud sexual	Socialización sexualidad (comunidades sexodiversa)	Hijas o hijos biológicos	Hijas o hijos biológicos	E6						
		Hijas o hijos biológicos	Número de hijos al usar por primera vez un método anticonceptivo	E8	X					
		Preferencias de fecundidad	Preferencias de fecundidad	E10	X					
		Idea de planificación familiar en Chile	Uso de métodos de planificación familiar	E11	X					
	Planificación familiar	Motivo no planificación familiar en Chile	Motivo no uso de método de PF	E12	X				X	
		Edad de primera relación sexual penetrativa	Edad de primera relación sexual penetrativa	E1	X		F1	X		
		Diversidad de parejas sexuales	Diversidad de parejas sexuales	F1	X					
		Diversidad de parejas sexuales	Número de parejas sexuales	F3						
		Pareja estable últimos 12 meses	Pareja estable últimos 12 meses	F9			F2			
		Pareja sexual últimos años	Pareja ocasional últimos 12 meses	F9			F2			
Prácticas sexuales	Parejas sexuales	Última relación sexual	Fecha última relación sexual	F15				X		
		Última relación sexual	Vínculo persona última relación sexual	F16				X		
		Sexo grupal	Participación en sexo grupal	F14				X		
		Chemesex	Chemesex o uso sexualizado de drogas.	F14			F10	X		
	Otras prácticas sexuales	Pago por sexo	Pago por sexo	F14			F14	X		
		Uso de condón	Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en PO	F6	X					
		Uso de condón	Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en Chile	F12	X		F8, mod	X		
		Motivo no uso de condón de pene/externo	Motivo de no uso condón si siempre con pareja ocasional en PO	F7	X					
		Motivo no uso de condón de pene/externo	Motivo de no uso condón si siempre pareja ocasional en Chile	F13	X		F5, mif			
		Desempeño en trabajo sexual en Chile	Desempeño en trabajo sexual en Chile	G1	X		G8			
Trabajo sexual	Trabajo sexual	Sa des empeña en trabajo sexual en Chile	Contexto de inicio del trabajo sexual	G2	X					
		Uso condón en trabajo sexual	Frecuencia de uso condón en trabajo sexual	G3	X		G9			
		Uso condón en trabajo sexual	Motivo no uso (intermitente/ nunca) de condón en trabajo sexual	G4	X					
		Acceso a Control Ginecológico/ urológico	Tiempo transcurrido desde la última atención ginecológica/ urológica	H1	X		E2	?		
	Control ginecológico/ urológico	Motivo falta acceso a control ginecológico	País de la última atención ginecológica/ urológica.	H2	X					
		Motivo falta acceso a control ginecológico	Motivo falta de acceso a Control Ginecológico/ urológico en Chile	H3	X					
		Transición social	Transición social	H4				X		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión de pares
	Examen de mamas	Salud personas trans y no binarias	Terapia hormonal	H4	X			X		
			Cirugía de adecuación corporal	H4				X		
			Terapia hormonal para adecuación corporal bajo control.	H5	X			X		
			Lugar del realización último examen de mama	H6	X					
			Motivo no realización de examen de mama en Chile	H7	X					
	Examen Papapícolau	Periodicidad PAP en PO	Antecedentes personales/familiares	H8	X					
			Molestias o sintomatología mamarias	H9	X					
			Realización de PAP alguna vez en la vida	H10	X			E3		
			Tiempo transcurrido desde el último PAP	H12	X			E5		
			Resultado último PAP	H11	X			E4		
	Métodos de prevención de embarazo	Último PAP	Motivo por el cual nunca se ha realizado PAP	H15	X			E6		
			Método de prevención de embarazo utilizado en Chile	H28	X			E11	X	
			Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en Chile.	H29	X					
			Motivo no uso de MAC hormonal en Chile	H30	X			X		
			Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	H31	X			E15 (Mod)	X	
ITS (no VIH) u otras infecciones genitales	Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	Nombre de la/las ITS diagnosticadas alguna vez en la vida	País de diagnóstico de la ITS	H32	X			E16	X	
			Tratamiento de ITS diagnosticadas.	H34				E17	X	X
			Secreción anormal en los genitales (últimos 12 meses)	H35	X					
			Herida o protuberancia en pene/vagina o ano (últimos 12 meses)	H36	X			E18		
			Ocurrencia de infecciones en los genitales producto de la menstruación	H20	X			E7		
	Infección genital producto de la menstruación	Medidas de prevención de infecciones en los genitales producto de la menstruación	Transmisión vertical (parto)	H37	X			E8		
			Transmisión vertical (lactancia materna)	H37	X			E14	X	
			Transmisión vía sexual	H37	X			E14	X	
			Por objetos cortopunzantes	H37	X			E14		
			Compartir agujas y jeringas	H37	X			E14		
			Vía transfusión sanguínea o cirugía	H37	X			E14		
			Desconocimiento o mitos	H37	X			E14	X	X
			Conocimiento PEP	H38			X			
			Realización de examen de VIH alguna vez (país)	H39	X			E21 (modif)		
			Motivo realización de examen VIH en Chile	H43	X			E23 (modif)	X	
VIH	Examen VIH	Resultado de último examen de VIH	Resultado de último examen de VIH	H44	X			E24	X	
			Motivo nunca realización examen de VIH	H40	X			E22	?	
			Motivo no realización examen VIH en Chile	H41	X			E22 (modif)	X	
			Estigma o discriminación hacia el VIH	H41-40				E22 (modif)		X
			Discriminación por vivir con VIH	H46					X	
	Uso de TARV	Uso de TARV	Uso de TARV	H45	X			E5		

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión de pares
Salud sexual y acceso a salud	Embarazos	Ocurrencia de embarazos	Ocurrencia de embarazos	H47	X			X		
		Edad del primer embarazo	Edad de primer embarazo	H48				X		
		Número de embarazos no deseados	Número de embarazos no planificados/deseados	H50	X			X		
		Complicaciones en embarazos	Antecedentes de complicaciones de embarazos o parto	H52	X					
		Embarazo en Chile	Ocurrencia de embarazo en Chile	H53	X					
			Circunstancias (planificado o no) del embarazo en Chile	H54	X					
			Control prenatal en país de Origen	H51	X					
			Control prenatal en Chile	H55	X			X		
			Ocurrencia de aborto	H58	X			X		
			Tipo de aborto	H60	X					
		Control prenatal	Atención de parto en por personal sanitario capacitado	H61	X			X		
			Necesidad de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.	I1	X		H1			
		Aborto	Necesidad de acceso Obtención de condones.	I1	X		H1			
			Necesidad de acceso a MAC.	I1	X		H1			
			Necesidad de acceso a Examen de mamas	I1	X		H1			
			Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	I1	X					
			Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	I1	X					
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	D5	X				X	
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	D2	X		D4		X	
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	D3	X					
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	D4	X					
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	D5	X					

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta piloto	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión de pares
Sociodemográfico	Sexo biológico	Sexo biológico	Sexo biológico	A1	X		A2			
	Orientación sexual	Orientación sexual	Orientación sexual	A2	X			X		
	Identidad sexual	Identidad de género	Identidad de género	A3	X		A3			
	Edad	Edad	Edad	A4						
	País de nacimiento	País de nacimiento	País de nacimiento (o donde ha vivido gran parte de su vida)	A5			A4		X	
	Nivel educacional	Nivel educacional	Nivel educacional	A6			A5	X		
	Contexto de salida	Motivo de salida de país de origen	Motivo para migrar	B1	X		B3			
			Violencia de pareja como motivo de migración	B1	X	X	B3_6			
			Violencia sexual como motivo de migración	B1	X					
			Duración del trayecto hacia Chile	B2	X					
			Vía de traslado de la trayectoria hacia Chile	B3	X					
Trayectorias migratorias y contextos de vulnerabilidad	Contexto del viaje	Situaciones de vulnerabilidad en trayecto hacia Chile	Circunstancias ingreso a Chile	B4	X		V_Exp			
			Pago informal para documentación de ingreso a Chile	B5	X		B4			
			Pago informal para ingreso a Chile	B5	X		B4			
			Violencia de género en trayecto hacia Chile	B5	X		B4			
			Violencia sexual en trayecto hacia Chile	B5	X		B4			
	Situación migratoria	Situación migratoria	Situación migratoria	B6			B2		X	
			Situación laboral (trabajo o no trabajo)	B7	X		C1 (Modif)	X	X	
			Trabajo doméstico	B7						
			Tipo de trabajo	B8	X	X	P31		X	X
			Recepción de remuneraciones	B9		X	P32		X	X
	Contexto de instalación en Chile	Acceso a documentos de identificación de país de origen	Condiciones de habitabilidad en vivienda	B10	X			X		
			Pérdida de documentos de identificación.	B11	X					
			Retención de documentos de identificación.	B11	X					
			Consumo perjudicial de alcohol o drogas en Chile	B11	X					
			Vivir o permanecer en lugares de uso público	B11	X					
Violencias	Discriminación	Dificultades instalación	Pérdida de administración o control de sus ingresos.	B11	X					
			Trata de personas con explotación sexual	B11						X
			Trabajo sexual	B11						
			Sexo transaccional	B11	X					
			Percepción de discriminación en Chile	C1	X		G3		X	
	Violencia Sexual	Tipos de VS en Chile	Percepción de discriminación en Chile	C2	X		G4		X	
			Motivo discriminación en Chile	C3	X		G7			
			Victima de abuso sexual en Chile	C3	X		G7	X		
			Victima de agresión sexual en Chile	C3	X					
			Violencia de género (física)	C4	X		G2		X	
Violencia de género	Tipo de VG en Chile	Expresión de sexualidad libremente en Chile	Violencia de género (psicológica)	C4	X		G2		X	
			Violencia de género (económica)	C4	X		G2		X	
			Violencia sexual en la pareja	C4	X		G2		X	
			Expresión de sexualidad en Chile	C5	X					

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta piloto	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión de pares
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Prevención	Prevención	D1			A5	X	X	
		Motivo uso o contacto con el Sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	D2	X		D4			
	Barreras de acceso sistema de salud		Motivo uso o contacto con el Sistema de salud	D3	X				X	
			Motivo de no acceso al sistema de salud en Chile	D4	X				X	
	Iniciación sexual		Edad de primera relación sexual penetrativa	E1	X		F1	X		
			Pareja estable últimos 12 meses	E2			F2			
	Pareja sexual		Pareja ocasional últimos 12 meses	E3			F2			
			Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en Chile	E4	X		F8_mod	X		
	Uso de condón con pareja sexual		Motivo de no uso condón siempre pareja ocasional en Chile	E5	X		F5_mf			
			Motivo de no uso condón de penetr/externo	E6			F10	X		
Prácticas Sexuales	Chernsex		Chernsex uso sexualizado de drogas.	E6				X		
			Fecha última relación sexual	E7				X		
	Última relación sexual		Características última relación sexual	E8						
			Desempeño en trabajo sexual en Chile	F1	X		G8			
	Trabajo sexual		Contexto de inicio del trabajo sexual	F2	X					
			Frecuencia de uso de condón en trabajo sexual	F3	X		G9			
	Trabajo sexual		Motivo no uso (fintemiente/ nunca) de condón en trabajo sexual	F4	X					
			Tiempo transcrito desde la última atención ginecológica/urológica	G1	X		E2	?		
	Control ginecológico/ urológico		País de la última atención ginecológica/urológica.	G2	X					
			Motivo no acceso a Control Ginecológico/ urológico en Chile	G3	X					
Examen Papanicolaou	Periodicidad PAP en PO		Realización de PAP alguna vez en la vida	G4	X		E3			
			Tiempo transcrito desde el último PAP	G5	X		E5			
	Último PAP		Resultado último PAP	G6	X		E4			
			Motivo por el cual nunca se ha realizado PAP	G7	X		E6			
	Uso de método de planificación familiar en Chile		Uso de método de planificación familiar en Chile	G8	X					
			Método de prevención de embarazo utilizado en Chile	G9	X		E11	X		
	Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en Chile.		Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en Chile.	G10	X					
			Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	G11	X		E15 (Mod)	X		
	Nombre de la/las ITS diagnosticadas alguna vez en la vida		Nombre de la/las ITS diagnosticadas alguna vez en la vida	G12	X		E16	X		
			Tratamiento ITS diagnosticadas.	G13				X		X
ITS (no VIH) u otras infecciones genitales	Síntomatología ITS en últimos 12 meses		Secreción anormal en los genitales (últimos 12 meses)	G14	X		E17			
			Herida o prurito en la pene/vagina o ano (últimos 12 meses)	G15	X		E18			
	Transmisión vertical (parto)		Transmisión vertical (parto)	G16	X		E14	X		
			Transmisión vertical (lactancia materna)	G16	X		E14	X		
	Transmisión vía sexual		Transmisión vía sexual	G16	X		E14	X		
			Por objetos contaminados	G16	X		E14			
	Compartir agujas y jeringas		Compartir agujas y jeringas	G16	X		E14			
	Conocimiento vías de transmisión sobre VIH									

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta piloto/a	Entrev	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Revisión de pares
Salud Sexual y acceso a SS	VIH	Conocimiento PEP	Via transfusión sanguínea o cirugía	G16	X		E14			
			Desconocimiento o mitos	G16	X		E14	X	X	
		Realización de examen de VIH alguna vez (país)	Conocimiento PEP	G17			X	X		
			Realización de examen de VIH alguna vez (país)	G18	X		E21 (modif)	X		
		Motivo no realización examen VIH en Chile	Motivo no realización examen VIH en Chile	G19	X		E22 (modif)	X		
			Motivo realización de examen VIH en Chile	G20	X		E23 (modif)	X		
		Resultado de último examen de VIH	Resultado de último examen de VIH	G21	X		E24	X		
			Uso de TARV	G22	X		I5			
		Discriminación por VIH con VIH	Uso de TARV	G22	X				X	
			Discriminación por VIH con VIH	G23						
	Embarazos	Ocurrencia de embarazos	Ocurrencia de embarazos	G24	X			X		
			Edad del primer embarazo	G25				X		
		Número de embarazos no deseados	Edad de primer embarazo	G25				X		
			Número de embarazos no planificados/deseados	G26	X			X		
		Control prenatal en país de Origen	Control prenatal en país de Origen	G27	X					
			Control prenatal en Chile	G28	X					
		Control prenatal en Chile	Control prenatal en Chile	G29	X			X		
			Control prenatal en Chile	G29	X					
		Ocurrencia de aborto (tipo)	Ocurrencia de aborto (tipo)	G30	X			X		X
			Ocurrencia de aborto (tipo)	G30	X					
Necesidad de salud sexual	Punto	Lugar de atención del Punto en país de origen	Atención de parto en por personal sanitario capacitado	G31	X			X		
			Necesidad de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.	H1	X		H1			
			Necesidad de acceso Obtenición de condones.	H1	X		H1			
			Necesidad de acceso a MAC.	H1	X		H1			
			Necesidad de acceso a Examen de mamas	H1	X		H1			
			Necesidad de acceso a atención de salud para personas trans	H1	X					
			Necesidad insatisfechas de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.	H2	X		H2			
			Necesidad insatisfechas de obtención de condones.	H2	X		H2			
			Necesidad insatisfechas de MAC.	H2	X		H2			
			Necesidad insatisfechas de examen de mamas	H2	X		H2			
			Necesidades insatisfechas atención de salud para personas trans	H2	X					

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta versión final	Entrevistas	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Rev. Par	Piloteaje
Vinculación con sistema de salud	Contacto de sistema de salud en Chile	Contacto de sistema de salud en Chile	Contacto de sistema de salud en Chile	D2	X		D4				
	Bareras de acceso sistema de salud	Motivo uso o contacto con el Sistema de salud Bareras acceso (nunca) sistema de salud	Motivo uso o contacto con el Sistema de salud Motivo de no acceso al sistema de salud en Chile	D3 D2	X X				X X		
Prácticas Sexuales	Inicio sexual	Edad de primera relación sexual penetrativa	Edad de primera relación sexual penetrativa	E1	X		F1	X			
	Pareja sexual	Pareja sexual últimos años	Pareja estable últimos 12 meses Pareja ocasional últimos 12 meses	E2 E3			F2 F2			X	
	Uso de condón con pareja sexual	Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en Chile Motivo no uso de condón de penetrativo externo	Frecuencia de uso de condón con parejas ocasionales en Chile Motivo de no uso condón siempre pareja ocasional en Chile	E6 E7	X X		F8_mod F5_mf	X			
	Chemsex	Chemsex	Chemsex o uso sexualizado de drogas.	E8			F10	X			
	Última relación sexual	Última relación sexual	Fecha última relación sexual	E9				X			
			Características última relación sexual	E10							
		Se desempeña en trabajo sexual en Chile	Desempeña en trabajo sexual en Chile	E3	X		G8				
		Contexto de inicio del trabajo sexual	Contexto de inicio del trabajo sexual	F1	X						
		Frecuencia de uso condón en trabajo sexual	Frecuencia de uso condón en trabajo sexual	F2	X		G9				
		Motivo no uso (fintemiente/nunca) de condón en trabajo sexual	Motivo no uso (fintemiente/nunca) de condón en trabajo sexual	F3	X						
Trabajo sexual	Control ginecológico/ urológico	Acceso a Control ginecológico/ urológico	Tiempo transcrito desde de la última atención ginecológica/ urológica	G1	X		E2	?			
			País de la última atención ginecológica/ urológica.	G2	X						
			Motivo falta acceso a control ginecológico	G3	X						
			Motivo no acceso a Control ginecológico urológico en Chile	G4	X		E3				
			Realización de PAP alguna vez en la vida	G5	X		E5				
			Tiempo transcrito desde el último PAP	G6	X		E4				
			Resultado último PAP	G7	X		E6				
			Motivo por el cual nunca se ha realizado PAP	G8	X						
			Uso de método de planificación familiar en Chile	G9	X						
			Embarazo en curso	G10	X						
	Examen Papanicolaou	Último PAP	Método de prevención de embarazo utilizado en Chile	G11	X		E15 (Mod)	X			
			Fuente de obtención de método de prevención de embarazo en Chile.	G12	X		E16	X			
			Nombre de la/ las ITS diagnosticadas alguna vez en la vida	G13	X			X		X	
			Tratamiento ITS	G14	X		E17				
			Secreción anormal en los genitales (últimos 12 meses)	G15	X		E18				
			Herdía o probubancia en pene/ vagina o ano (últimos 12 meses)								
	Métodos de prevención de embarazo	Uso de método de prevención en Chile	Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	G16	X						
			Tratamiento de ITS diagnosticadas alguna vez en la vida	G17	X						
	Métodos de prevención de embarazo	Uso de método de prevención en Chile	Diagnóstico de ITS alguna vez en la vida	G18	X						
			Tratamiento de ITS diagnosticadas alguna vez en la vida	G19	X						

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Indicador	Pregunta versión final	Entrevistas	Grupo Focal	MIRADASS	ENSSEX	Scoping Review	Rev. Par	Piloteaje
Salud Sexual y acceso a SS	VIH	Conocimiento vías de transmisión sobre VIH	Transmisión vertical (parto)	G16	X		E14	X			
			Transmisión vertical (lactancia materna)	G16	X		E14	X			
			Transmisión vía sexual	G16	X		E14	X			
			Compartir agujas y jeringas	G16	X		E14				
			Vía transmisión sanguínea o cirugía	G16	X		E14				
		Conocimiento PEP	Desconocimiento o mitos	G16	X		E14	X	X		
			Conocimiento PEP	G17			X	X			
		Realización de examen VIH	Realización de examen de VIH alguna vez (país)	G18	X		E21 (modif)	X			
		Motivos	Motivo no realización examen VIH en Chile	G19	X		E22 (modif)	X			
			Motivo realización de examen VIH en Chile	G20	X		E23 (modif)	X			
			Resultado de último examen de VIH	G21	X		E24	X			
		Resultado	Resultado de último examen de VIH	G21	X		E24	X			
			Uso de TARV	G22	X		I15				
		Uso de TARV	Uso de TARV	G22	X				X		
			Discriminación por vivir con VIH	G23							
			Occurencia de embarazos	G24	X			X			
	Embarazos	Edad del primer embarazo	Edad de primer embarazo	G25				X			
			Número total de embarazos	G26							X
			Número de embarazos no planificados/deseados	G27	X			X			X
			Control prenatal en país de Origen (último embarazo)	G28	X						
			Control prenatal en Chile	G29	X						
		Embarazo en Chile	Occurencia de embarazo en Chile	G29	X						
			Control prenatal en Chile (último embarazo)	G30	X			X			
			Occurencia de aborto (y tipo)	G31	X			X		X	
	Aborto	Occurencia	Necesidad de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.	H1	X		H1				
			Necesidad de acceso a Examen de mamas	H2	X		H1				
Necesidad de salud sexual	Necesidad de acceso a salud sexual en Chile	Necesidades insatisfechas de salud sexual en Chile	Necesidad de acceso a atención de salud para personas trans	H3	X						
			Necesidad insatisfechas de Control ginecológico o urológico de rutina preventivo, molestia en sus genitales o mamas.	H1	X		H2				
			Necesidad insatisfechas de examen de mamas	H2	X		H2				
			Necesidades insatisfechas atención de salud para personas trans	H3	X						

ANEXO 4: Instrumento de monitorización de indicadores socio-epidemiológicos.

NÚMERO DE FOLIO	
FECHA	
ENCUESTADOR/A	
SEDE/Lugar	

MATRIZ DE INDICADORES PROYECTO COSMIC

A.- Características sociodemográficas

A1. ¿Cuál es su sexo biológico o el sexo con el que nació?

- a) Mujer.
- b) Hombre.
- c) Intersexual (LEER DEFINICIÓN SOLO SI TIENE DUDAS: personas que nacen con características sexuales que no encajan en las características tradicionales de hombre o mujer).
- d) No sabe/No contesta.

A2. ¿Con qué identidad de género se identifica?

- a) Masculino.
- b) Femenino.
- c) Transgénero.
- d) No binario.
- e) Otra. Indique: _____
- f) No sabe/No contesta.

A3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su orientación sexual?

- a) Heterosexual.
- b) Homosexual.
- c) Bisexual.
- d) Otra. Identifique
- e) No suelo usar ningún término.
- f) No sabe / No contesta

A4. ¿Qué edad tiene? (años)

- a) _____años

A5. ¿En qué país nació? (Esperar respuesta espontánea y marcar)

- a) Argentina
- b) Bolivia.

- c) Colombia.
- d) Ecuador.
- e) Haití.
- f) Perú.
- g) Venezuela.
- h) Otro ¿Cuál? _____
- i) No sabe
- j) No contesta

A6. ¿Cuál es su nivel de estudios más alto terminado? *(Esperar respuesta espontánea, verificar que aprobó el nivel que señala y marcar)*

- a) Sin estudios o educación primaria incompleta.
- b) Educación primaria completa .
- c) Educación secundaria completa .
- d) Educación superior (técnica o universitaria) completa .
- e) Estudios de especialización (postgrado, master, maestría, doctorado).
- f) No sabe/No contesta.

B.- Trayectoria migratoria

1.- Viaje migratorio

B1. ¿Por qué motivo(s) migró usted desde su país de origen? *(marcar todas las alternativas que corresponda)*

- a) Motivos económicos.
- b) Estudios.
- c) Situación social, económica y/o política en mi país.
- d) Violencia familiar.
- e) Violencia de pareja.
- f) Violencia sexual.
- g) Para recibir tratamiento médico.
- h) Por dificultades para asumir su identidad de género u orientación sexual.
- i) Reagruparse con su familia.
- j) Otro. Cuál: _____
- k) No sabe/No contesta.

B2. Considerando el último país donde usted vivió, ya sea su país de origen u otro país ¿Cuánto tiempo duró el trayecto desde la salida de ese lugar hasta llegar Chile?

- a) meses_____/días_____/ hrs_____
- b) No sabe/ No contesta

B3. ¿Hace cuánto tiempo llegó a Chile? *(Si es menos de 1 año poner "0" en "años".)*

- a) ____ años ____ meses ____ semanas.
- b) No sabe/No contesta

B4. ¿En qué medio se trasladó en su viaje hacia Chile? *(marcar todas las alternativas que corresponda)*

- a) Caminando por paso fronterizo irregular / trocha.
- b) Bus o automóvil a través de un coyote.
- c) Bus comercial.
- d) Avión.
- e) Caminando y autostop (*"hacer dedo" o "pedir aventón", lo que consiste en trasladarse caminando, pero también, viajar voluntariamente en el vehículo de un desconocido sin pagar por el transporte*).
- f) Otro. Especificar: _____
- g) No sabe / No contesta

B5. ¿En qué circunstancias ingresó a Chile?

- a) Caminando por paso fronterizo irregular / trocha.
- b) Bus o automóvil a través de un coyote.
- c) Bus comercial por paso fronterizo regular.
- d) Avión por paso fronterizo regular.
- e) Autostop (*explicar si es necesario; "hacer dedo" o "pedir aventón", trasladarse voluntariamente en el vehículo de un desconocido sin pagar por el transporte*).
- f) Otro. Especificar: _____
- g) No sabe / No contesta

B6. ¿Cuál es la situación de su visa o permiso de residencia para estar en Chile? *(Esperar respuesta espontánea y clasificar)*

- a) Cuento con permiso de residencia en Chile (por ejemplo, residencia temporal o definitiva).
- b) Permiso de residencia en trámite (por ejemplo, en espera de respuesta de respuesta).
- c) No cuento con permiso de residencia en Chile
- d) No sabe/No contesta.

2-Contexto de Instalación en Chile y situación socioeconómica

Las siguientes preguntas se refieren solamente a su vida acá en Chile

B7. ¿Se encontraba usted trabajando la mayor parte de la semana pasada?

- a) Si.
- b) No. **(Pasar a B10)**
- c) Trabajo doméstico **(Pasar a B10)**
- d) No sabe/no contesta. **(Pasar a B10)**

B8. Si estaba trabajando ¿qué tipo de trabajo realizaba? (marcar todas las alternativas que corresponda)

- a) Dependiente con contrato
- b) Dependiente sin contrato, pero permanente
- c) Dependiente sin contrato por horas

- d) Independiente de manera permanente
- e) Independiente por horas
- f) Otro. ¿Cuál?: _____
- g) No sabe / no contesta

B9. Si estaba trabajando ¿Cómo le pagan por su trabajo? (seleccionar todas las alternativas que corresponda)

- a) Dinero
- b) Especies, bienes (es decir, pago no monetario)
- c) Ración de comida diaria
- d) Favores
- e) Otro. ¿Cuál?: _____
- f) No sabe / no contesta

B10. En relación a los servicios básicos de su vivienda cómo luz, agua y alcantarillado, ¿en qué situación se encuentra su vivienda?

- a) Con todos los servicios básicos y conectada a la red pública.
- b) Con todos los servicios básicos, pero algunos sin conexión (acarreo de agua, baño sin conexión a alcantarillado, sin energía eléctrica) o conexión artesanal (colgado a un cable de la luz, conexión de agua o alcantarillado hechizo, etc.)
- c) Todos los servicios básicos sin conexión o con conexión artesanal.
- d) Sin servicios básicos.
- e) No sabe / No contesta

B11. ¿Vivió alguna de las siguientes situaciones durante su instalación en Chile? (marcar todas las que corresponden)

- a) Otra persona tomó o tiene posesión de los documentos de identificación de su país de origen.
- b) Tenía o tiene trabajo, pero otra persona administra su dinero.
- c) Tuvo que dormir o vivir en la calle o lugares públicos.
- d) Sufrí violencia o abusos físicos no sexuales por parte de un desconocido.
- e) Ha debido compensar con sexo a alguien que no sea su pareja, por algún favor (dinero, traslado, conseguir algo, especies, protección, alojamiento, etc. De manera esporádica)
- f) Se ha visto obligada por otra/s persona/s a mantener relaciones sexuales por dinero.
- g) Intercambiar relaciones sexuales por dinero o especies (bienes o productos) o como fuente de ingresos (trabajo sexual).
- h) Ninguna de las anteriores.
- i) No sabe/No contesta.

C.- Violencias

C1. Durante los últimos 12 meses en Chile, ¿se ha sido discriminada/o o ha notado un trato desigual o injusto?

- a) Sí.
- b) No. **(Pasará a C3)**

- c) No sabe/No contesta. **(Pasar a C3)**

C2. ¿Cuáles cree que son las causas por las que ha sido discriminada/o? **(Esperar respuesta espontánea y clasificar en todas las alternativas que corresponda)**

- a) Su país de origen.
- b) Su género.
- c) Su orientación sexual.
- d) Su color de piel.
- e) Su religión.
- f) Su edad.
- g) Su apariencia física.
- h) Su educación.
- i) Su nivel económico.
- j) Su condición de persona viviendo con VIH.
- k) Discapacidad física o cognitiva.
- l) Otro. Especificar: _____
- m) No sabe/No contesta.

C3. Estando en Chile ¿ha sufrido alguna de estas situaciones de violencia sexual? **(Marcar todas las alternativas que corresponda)**

- a) Abuso sexual por parte de un desconocido (por ejemplo, tocamientos o besos sin su consentimiento).
- b) Agresión sexual por parte de un desconocido (acto sexual con penetración sin su consentimiento).
- c) Abuso sexual por parte de un conocido (familiar o persona del trabajo, por ejemplo, tocamientos o besos sin su consentimiento)
- d) Agresión sexual por parte de un familiar o conocido (acto sexual con penetración sin su consentimiento).
- e) Agresión sexual por parte de una pareja (acto sexual con penetración sin su consentimiento).
- f) No ha vivido situaciones de violencia sexual.
- g) No sabe/No contesta.

C4. NO CONTESTA HOMBRE CIS: Estando en Chile, ¿ha vivido alguna de estas situaciones por parte de una pareja? **(Marcar todas las alternativas que corresponda)**

- a) Golpes, empujones o jalones de cabello.
- b) Golpes que le han dejado marcas o daño físico.
- c) Gritos o humillaciones.
- d) Le ha amenazado o intimidado verbalmente o a través de un gesto (declarando que le hará daño).
- e) Relaciones sexuales sin su consentimiento (lo hizo de manera forzada).
- f) Escenas de celos o escándalos en lugares públicos.
- g) Retención dentro de su hogar (no la/lo deja salir de su hogar).
- h) Retención del dinero para el hogar producto de una discusión.
- i) No ha vivido situaciones de violencia de pareja.

- j) No sabe / No contesta

C5. NO CONTESTAN HETEROSEXUALES: ¿En Chile, se siente con la libertad de expresar su orientación sexual o identidad de género?

- a) Sí, me expreso libremente.
- b) Expreso mi identidad sexual y de género con mi entorno cercano, pero no con otras personas por miedo a que me discriminen.
- c) No me puedo expresar libremente por miedo a que me discriminen.
- d) No me expreso libremente por la existencia de discriminación social hacia comunidad LGTBQ+.
- e) No sabe / No contesta.

D.-Vinculación con sistema de salud chileno

D1. ¿Qué previsión de salud posee?

- a) FONASA.
- b) ISAPRE.
- c) No tiene previsión de salud.
- d) No sabe/No contesta.

D2. Estando en Chile, cuando ha consultado con un/a profesional de la salud, ¿en qué sistema de salud lo ha hecho?

- a) Solo en la Red Pública (Consultorio, CESFAM, Hospital, etc.).
- b) Solo en la Red Privada (médico particular, clínica, centro de salud privado, etc.).
(Pasar a D4)
- c) En ambas.
- d) Nunca he consultado. **(Pasar a D4)**
- e) No sabe/No contesta. **(Pasar a D4)**

D3. Estando en Chile, ¿por qué motivo/s ha consultado a un establecimiento de salud de la red pública? (Marcar todas las alternativas que corresponda)

- a) Atención de salud de urgencia (por enfermedad o accidente). **(Pasar al siguiente ítem)**
- b) A realizar trámites para obtener RUT provisorio o inscripción en CESFAM o CESCOSF, pero aún no pido atención médica. **(Pasar al siguiente ítem)**
- c) Chequeo regular en Establecimiento de Salud de la Red Pública. **(Pasar al siguiente ítem)**
- d) Por vacunación. **(Pasar al siguiente ítem)**
- e) Por operativo o campaña de salud (toma de muestras, operativo oftalmológico, etc.)
(Pasar al siguiente ítem)
- f) No sabe / No contesta. **(Pasar al siguiente ítem)**

D4. ¿Cuáles son los motivos por los cuales no ha buscado o recibido atención de salud en el sistema público de Chile? (Esperar respuesta espontánea y clasificar todas las alternativas que corresponda)

- a) Por miedo a que me deporten por solicitar atención.
- b) No tengo mis documentos de identidad de mi país de origen.
- c) No sé cómo hacer los trámites para atenderme.
- d) Asistí, pero no me quisieron atender.
- e) Me encuentro a la espera del RUT provisorio.
- f) No he tenido la necesidad.
- g) Otro. ¿Cuál? _____
- h) No sabe / No contesta.

E.- Prácticas sexuales

E1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración? (incluye penetración vaginal, anal o sexo oral)

- a) ____/____ años.
- b) No sabe/No contesta.

E2. Esa primera relación sexual ¿fue con su consentimiento?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No sabe/ No contesta.

E3. ¿Estando en Chile ha desarrollado el trabajo sexual? (tener relaciones sexuales a cambio de dinero o especies como forma de sustento)

- a) Sí.
- b) No. **(Omitir ítem F)**
- c) No sabe/No contesta. **(Omitir ítem F)**

E4. ¿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)

- a) Sí.
- b) No.
- c) No sabe/No contesta.

E5. ¿En los últimos 12 meses ha tenido PAREJAS OCASIONALES (persona con la que tiene o ha tenido encuentros sexuales puntuales o esporádicos, y con quien no tiene acuerdo de proyección como pareja en el tiempo)?

- a) Sí.
- b) No. **(Pasar a E8)**
- c) No sabe/No contesta. **(Pasar a E8)**

E6. En los ÚLTIMOS 12 MESES, con su PAREJA OCASIONAL MÁS RECIENTE ¿Con qué frecuencia ha usado condón?

- a) Siempre. **(Pasar a E8)**
- b) Algunas veces.
- c) Nunca.
- d) No sabe/no responde. **(Pasar a E8)**

E7. ¿Cuál es el motivo principal por el cual no siempre utiliza condón en las relaciones sexuales con pareja/s ocasionales en los últimos 12 meses? *(Esperar respuesta espontánea y clasificar /puede seleccionar más de una alternativa)*

- a) No es necesario, porque usábamos otro método anticonceptivo.
- b) No considero necesario, porque la otra persona sólo tenía/tiene relaciones conmigo.
- c) Mi o mis parejas ocasionales no están de acuerdo.
- d) No siempre tenemos condones disponibles.
- e) No tenemos dinero para comprar condones.
- f) No sabemos cómo utilizarlos.
- g) Nos dejamos llevar por el momento.
- h) A mí no me gusta usar condón.
- i) Yo o mis parejas somos alérgicos o nos hacía daño.
- j) Quiero tener hijos.
- k) Otro ¿Cuál? _____
- l) No sabe / No contesta.

E8. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales usando drogas recreativas que facilitan o generan mayor placer en la actividad sexual? (chemsex, es el uso de drogas recreativas como metanfetaminas, ketamina, otras sustancias psicoactivas, con el objetivo de prologar o intensificar la actividad sexual)

- a) Si
- b) No
- c) No sabe/ No responde

E9. Vamos a hablar ahora de su última relación sexual. ¿Cuándo fue su última relación sexual con pareja estable u ocasional?

- a) Durante últimos 7 días
- b) Durante último mes
- c) Durante los últimos 3 meses
- d) Hace más de tres meses, pero menos de un año
- e) Hace un año o más
- f) No sabe/No contesta.

E10. Esa última relación ¿Con quién fue y uso o no condón?

- a) Fue con una pareja estable y use condón
- b) Fue con una pareja ocasional y use condón
- c) Fue con una pareja estable y no use condón
- d) Fue con una pareja ocasional y no use condón
- e) No sabe/ no contesta

F.- Trabajo sexual

F1. ¿Dónde comenzó a desempeñarse en el trabajo sexual?

- a) Me inicié en el trabajo sexual desde mi país de origen,
- b) Me inicié en el trabajo sexual en el trayecto migratorio, en otros países de la región.
- c) Me inicié en el trabajo sexual al llegar a Chile.
- d) Otra. ¿Cual? _____
- e) No sabe / No contesta.

F2. Cuando se ha desempeñado como trabajador/a sexual, ¿con qué frecuencia ha usado condón con clientes en sus relaciones sexuales penetrativas?



	Siempre (Si marca en <u>ambas, pasar a</u> <u>siguiente ítem</u>)	Algunas veces (Si marca <u>en alguna,</u> <u>pasar a</u> <u>F3</u>)	Nunca (Si marca <u>en alguna,</u> <u>pasar a</u> <u>F3</u>)	No aplica (Si marca en <u>ambas, pasar a</u> <u>siguiente ítem</u>)	NS/NC (Si marca en <u>ambas, pasar a</u> <u>siguiente ítem</u>)
a) Sexo vaginal.					
b) Sexo anal.					

F3. Al desempeñarse en el trabajo sexual ¿Cuál es el motivo por el cual no usa condón en todas las relaciones sexuales durante el trabajo sexual?

1. Cuando el cliente paga más dinero para no usar condón.
2. Cuando el cliente es conocido.
3. Cuando el cliente me gusta.
4. En sexo oral no hay riesgo de VIH u otra ITS.
5. Falta de condones o dinero para comprarlos.
6. Cuando consumo sustancias (alcohol o drogas), olvida el uso de condón.
7. Otra. ¿Cual? _____
8. No sabe / No contesta.

G.- Salud sexual y acceso a salud sexual

1- Atención ginecológica/urológica

G1. Aproximadamente, ¿cuándo fue la última vez que acudió a una atención con ginecólogo/a, matró/a (incluida exploración vaginal y de mamas) o Urólogo? (Esperar respuesta espontánea y clasificar)

- a) Hace menos de 6 meses.
- b) Entre 6 meses y 1 año.
- c) Entre 1 y 2 años.
- d) Entre 2 y 3 años.
- e) Más de 3 años.
- f) Nunca he acudido a una atención ginecológica/urológica. (Pasar a G3)
- g) No sabe / No contesta.

G2. ¿En qué país acudió por última vez a una atención con ginecólogo/a, matró/a o urólogo (incluida exploración vaginal y de mamas)?

- a) País de origen.
- b) País de tránsito.
- c) Chile. **(Pasar a G4)**
- d) Nunca ha asistido a un control ginecológico/urológico.
- e) No sabe / No contesta. **(Pasar a G4)**

G3. ¿Por qué motivo no ha acudido a atención con ginecólogo/a, matró/a o urólogo estando en Chile?

- a) Por dificultades para acceder al sistema de salud (temor por situación migratoria, tiempos de espera, falta de RUT provisorio, etc.).
- b) Me gustaría ir, pero no he tenido tiempo o no me acomodan los horarios de atención
- c) No es una prioridad ocuparme de mi salud sexual.
- d) Por miedo a diagnóstico de enfermedad.
- e) Pudor o miedo a la examinación ginecológica/urológica.
- f) No he conseguido hora para atenderme.
- g) No he tenido la necesidad
- h) Otro. ¿Cuál? _____
- i) No sabe / No contesta.

• **Hombres CIS y homosexuales y mujeres trans pasan a G11.**

G4. alguna vez en la vida, ¿le han realizado el Papanicolau/PAP test (muestra de células, test de Papanicolau, citología o cultivo)?

- a) Sí
- b) No **(Pasar a G7)**
- c) No sabe/No contesta

G5. ¿Hace cuánto tiempo se realizó por última vez un Papanicolau/PAP test (muestra de células o test de Papanicolau)?

- a) Menos de 1 año.
- b) Entre 1 y 2 años.
- c) Entre 2 y 3 años.
- d) Más de 3 años. **(Pasar a G7)**
- e) Nunca. **(Pasar a G7)**
- f) No sabe/No contesta.

G6. ¿Cuál fue el resultado del último Papanicolau/PAP Test?

- a) Normal (bueno). **(Pasar a G8)**
- b) Alterado (malo o no totalmente bueno). **(Pasar a G8)**
- c) No sabe/No contesta. **(Pasar a G8)**

G7. ¿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)

- a) No es importante para mi salud.
- b) No he tenido tiempo.
- c) No sé dónde hacerlo.
- d) Tengo miedo al resultado.
- e) No he encontrado hora disponible.
- f) No tengo actividad sexual hace años.
- g) Me quitaron el útero (histerectomía total o parcial)
- h) No me lo han indicado.
- i) Otro. Especificar: _____
- j) No sabe/No contesta. (No sugerir)

2.- Métodos de prevención de embarazo

G8. ¿Usa algún método de prevención de embarazo actualmente (cualquier método, moderno o tradicional)?

- a) Sí.
- b) No.
- c) Estoy embarazada.
- d) No sabe/no responde.

G9. En Chile, con su actual o última pareja estable u ocasional, ¿qué método/s usa/ban para evitar el embarazo? (Esperar respuesta espontánea y clasificar/ marcar todas las alternativas que corresponda)

- a) Ninguno. (pasar a G11)
- b) Abstinencia sexual. (pasar a G11)
- c) Condón masculino/externo/para pene.
- d) Condón femenino/interno/para vagina.
- e) Anticonceptivo oral (pastillas).
- f) Anticoncepción de emergencia.
- g) T de Cobre (DIU).
- h) Anticonceptivo inyectable.
- i) Parche anticonceptivo.
- j) Implante anticonceptivo.
- k) Esterilización de uno de los dos miembros de la pareja. (pasar a G11)
- l) Menopausia/Histerectomizada/Ligada de Tubas. (pasar a G11)
- m) Evitar tener relaciones sexuales los días fértiles. (pasar a G11)
- n) Relaciones sexuales durante la menstruación. (pasar a G11)
- o) Productos naturales como aceites, infusiones, hojas, etc. ¿cuál? (pasar a G11)
- p) No aplica. (pasar a G11)
- q) Otro. ¿Cuál?: _____
- r) No sabe/No contesta.

G10. En Chile, ¿Dónde le suministran u obtiene el método/s usado por usted o sus parejas (estable/s u ocasional/es) para evitar el embarazo? (marcar todas las alternativas que corresponda)

- a) Farmacia y/o droguería.
- b) Centro de salud/hospital público o del Estado.
- c) Consultorio o médico particular.
- d) Organización o fundación.
- e) Supermercado/tienda.
- f) Traído desde país de origen o de otro país.
- g) Calle o feria.
- h) Se los regala un familiar o un conocido/a
- i) Otra fuente. ¿Cuál? _____
- j) No sabe/no responde.

3.- Infecciones de transmisión sexual (u otras infecciones en genitales)

G11. Alguna vez en su vida, ¿le han diagnosticado una infección de transmisión sexual?

- a) Sí.
- b) No. (pasar a G14)
- c) No sabe/No contesta (pasar a G14)

G12. ¿Cuál es el nombre de la/s infección/es de transmisión sexual que le han diagnosticado?

- a) Herpes (genital/anal).
- b) Gonorrea.
- c) Vaginitis bacteriana/ Tricomoniasis.
- d) Candidiasis/ hongos vaginales.
- e) Sífilis.
- f) Verrugas genitales/Condilomas.
- g) Infección por Clamidia.
- h) Chancro.
- i) Hepatitis A, B o C.
- j) Pediculosis Genital (ladillas, piojos).
- k) Otras ITS. Especificar: _____
- l) No sabe/No contesta.

G13. ¿Recibió tratamiento para la/s infección/es de transmisión sexual que le diagnosticaron?

- a) Si, en todas las ITS
- b) Si, en algunas ITS.
- c) No
- d) No sabe/ No contesta

G14. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga una secreción anormal (olor/color/consistencia no habitual) o que no es orina o semen por sus genitales?

- a) Sí.
- b) No.

- c) No sabe/No contesta.

G15. En los últimos 12 meses, ¿ha sentido o visto que salga alguna herida o protuberancia en su pene/vagina o ano?

- a) Sí.
b) No.
c) No sabe/No contesta.

4.- VIH

G16. Según lo que usted sabe, ¿con cuál de estas situaciones se puede transmitir el VIH?:

	Sí	No	Tiene dudas	NS/NC
a) Transmitirlo al hijo durante el parto vaginal				
b) Al dar pecho una madre puede transmitirlo al bebé.				
c) Por una relación sexual sin condón con una persona con VIH.				
d) Por compartir una jeringa con una persona con VIH.				
e) Durante una cirugía o una transfusión de sangre.				
f) Por malos deseos de una persona (maldición).				

G17. ¿Conoce usted la medida “profilaxis de preexposición” o PREP como alternativa de prevención del VIH/Sida?

- a) Sí
b) No
c) No sabe/No contesta.

G18. ¿Se ha realizado alguna vez la prueba para el VIH y en qué país (incluye test rápido)?

- a) Sí, en país de origen.
b) Sí, en Chile. **(Pasar a G20)**
c) En país de origen, y Chile. **(Pasar a G20)**
d) No (nunca).
e) No sabe/No contesta.

G19. ¿Cuál es el motivo principal por el que no se ha realizado la prueba del VIH/Sida en Chile?

- a) Ningún profesional de la salud me lo ha indicado.
b) No he tenido tiempo.
c) No he tenido la necesidad.
d) No lo he considerado necesario porque solo he tenido parejas estables y confió en ellos/ellas.

- e) No lo he considerado necesario porque he tenido pocas parejas en mi vida.
- f) No lo he considerado necesario porque uso condón siempre.
- g) Pienso que, si es VIH positivo y me lo diagnostican, enfermaré y moriré pronto.
- h) Pienso que, si es VIH positivo y me lo diagnostican, seré discriminado/a.
- i) Tengo miedo a la deportación.
- j) Otro: _____
- k) No sabe/No contesta.

G20. ¿Cuál fue el motivo o circunstancia por las que se realizó el examen de VIH la última vez?

- a) Por control (embarazo, pareja nueva, tranquilidad, prevención).
- b) Por control, al dedicarme al trabajo sexual.
- c) Por riesgo indicado por un profesional de la salud (ex con VIH, sexo de riesgo, TB, ITS, etc.).
- d) Me lo ofrecieron en una campaña de salud.
- e) Por iniciativa personal (ex con VIH, sexo de riesgo, TB, ITS, etc.).
- f) Otro. Especificar: _____
- g) Nunca me he realizado el examen de VIH
- h) No sabe/No contesta.

G21. ¿Cuál fue el resultado de su última prueba para el VIH?

- a) Reactivo/Positivo.
- b) No reactivo/Negativo. (Pasar a siguiente ítem)
- c) No lo quiero decir. (Pasar a siguiente ítem)
- d) No sabe/No contesta. (Pasar a siguiente ítem)

G22. En la actualidad, ¿está tomando medicamentos o terapia para VIH?

- a) Sí.
- b) No.
- c) No sabe/No contesta.

G23. Desde que le diagnosticaron VIH, ¿Ha vivido alguna de las siguientes situaciones de discriminación?

- a) Actos de discriminación por parte de su familia.
- b) Actos de discriminación por parte de sus amigas o amigos.
- c) Actos de discriminación en entorno laboral.
- d) Discriminación social (otras personas, no cercanas)
- e) Actos de discriminación por el personal de salud.
- f) No ha percibido discriminación por vivir con VIH.
- g) No sabe/No contesta.

5.- Antecedentes Obstétricos (Embarazo, aborto y parto)

- **Hombres CIS y homosexuales y mujeres trans pasan a Ítem H.**

G24. alguna vez en su vida, ¿ha estado embarazada?

- a) Sí.

- b) No. (pasar a Ítem H)
- c) No estoy segura. (pasar a Ítem H)
- d) No sabe / No contesta. (pasar a Ítem H)

G25. ¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió el primer embarazo?

- a) _____ años
- b) No sabe/no contesta

G26. ¿Cuántos embarazos ha tenido en su vida?

- a) _____ (N.º de Embarazos)
- b) No sabe/ No contesta.

G27. En relación con sus embarazos, ¿Cuántos de ellos fueron NO fueron planificados?

- a) Ninguno
- b) 1
- c) 2
- d) Más de 2.
- e) Todos.
- f) No sabe / No contesta.

G28. Al cursar el último embarazo en su país de origen, ¿Tuvo acceso a control de embarazo por un profesional o establecimiento de salud y en qué semana de embarazo?

- a) Sí, fue control prenatal precoz (antes de las 14 semanas de embarazo).
- b) Si, fue control prenatal tardío (después de las 14 semanas de embarazo).
- c) Si, pero no recuerdo la semana inicié control de embarazo.
- d) No, no tuve control prenatal.
- e) No cursó embarazo en país de origen.
- f) No sabe / No contesta.

G29. Desde su llegada a Chile, ¿Ha cursado algún embarazo? (puede seleccionar más de una alternativa).

- a) Sí.
- b) No. (pasar a G31)
- c) No está segura.
- d) No sabe / No contesta. (pasar a G31)

G30. Al cursar el último embarazo en Chile, ¿Tuvo acceso a control de embarazo en por un profesional o establecimiento de salud y en qué semana de embarazo?

- a) Sí, control prenatal precoz (antes de las 14 semanas de embarazo).
- b) No, fue control prenatal tardío (después de las 14 semanas de embarazo).
- c) Si, pero no recuerdo en que semana inicié el control prenatal.
- d) No, no tuve control prenatal.
- e) No sabe/No contesta.

G31. En relación con sus embarazos (planificados o no) ¿alguno terminó en pérdida o aborto?
(puede seleccionar más de una alternativa).

- a) Sí, aborto espontáneo.
- b) Sí, aborto inducido.
- c) No
- d) No estoy segura.
- e) No sabe / No contesta.

H.- Necesidades de salud sexual en Chile

H1. ¿Desde que está en Chile, ¿ha tenido el interés, necesidad o indicación médica de consultar con un o una profesional de la salud por Control ginecológico, de matrón/a o urológico de rutina?

- a) Sí, he tenido la necesidad y obtuve atención.
- b) Sí, he tenido la necesidad y NO obtuve atención.
- c) No.
- d) No aplica.
- e) No sabe/ No contesta

H2. ¿Desde que está en Chile, ¿ha tenido el interés, necesidad o indicación médica de consultar con un o una profesional de la salud para realizarse un Examen de mamas como mamografía o ecografía mamaria?

- a) Sí, he tenido la necesidad y obtuve atención.
- b) Sí, he tenido la necesidad y NO obtuve atención.
- c) No.
- d) No aplica.
- e) No sabe/ No contesta

H3. ¿Desde que está en Chile, ¿ha tenido el interés, necesidad o indicación médica de consultar con un o una profesional de la salud para recibir atención de salud para personas trans (por ejemplo: tratamiento hormonal o cirugía de reafirmación de género)?

- a) Sí, he tenido la necesidad y obtuve atención.
- b) Sí, he tenido la necesidad y NO obtuve atención.
- c) No.
- d) No aplica.
- e) No sabe/ No contesta