



Niñez y Adolescencias migrantes y salud

Paz Robledo Hoecker

Tipo de contribución Revisión temática

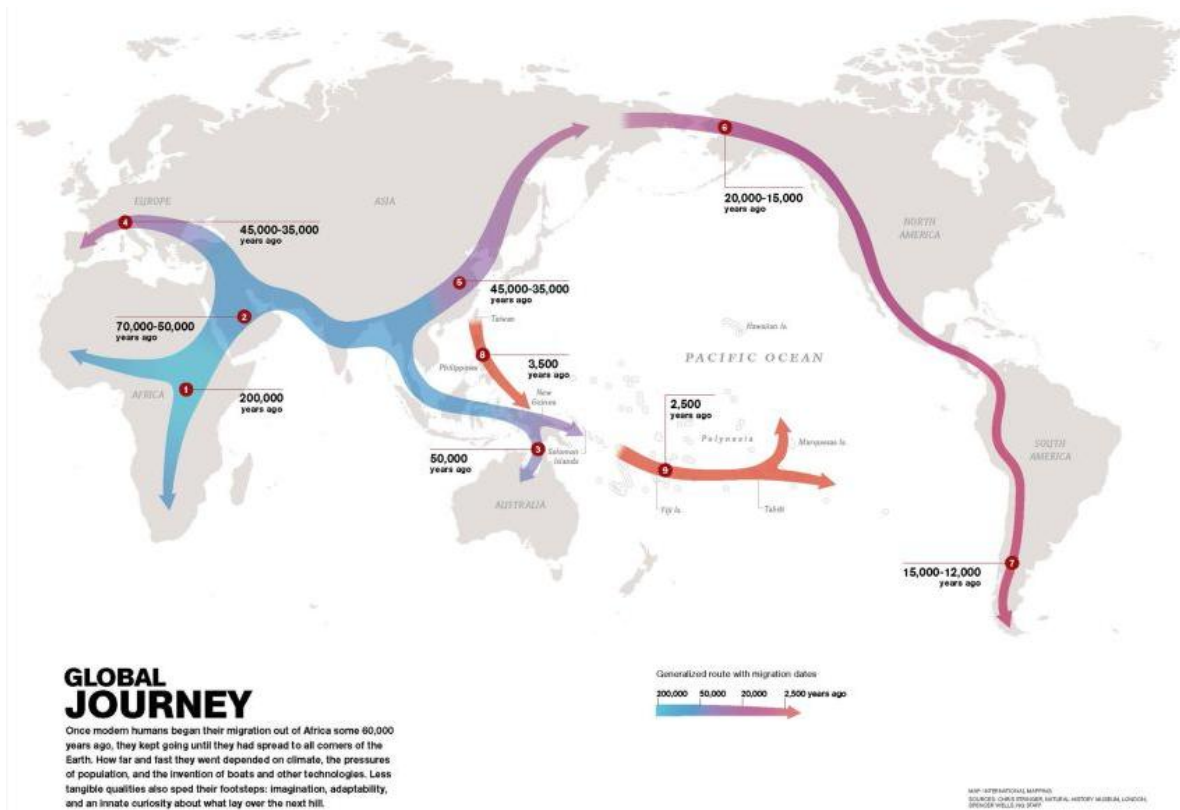
Paz Robledo Hoecker Médica Pediatra, Especialista en Medicina del Adolescente Magíster en Psicología del Adolescente, Diplomada en Gerencia Social y Políticas Públicas Presidenta Rama de Adolescencia SOCHIFE 2005-2007, Presidenta Comité de Adolescencia ALAPE 2006-2010, Actual asesora permanente Comité de Adolescencia ALAPE. Miembro de la Confederación de Adolescencia CODAJIC, Miembro de la International Association for Adolescent Health IAAH. Encargada Nacional Programa de Adolescentes años 2007-2010. Jefa División de Atención Primaria Ministerio de Salud año 2016 Asesora de las ministras Dra. Helia Molina y Carmen Castillo 2014-2018. Asesora experta Ministerio de Desarrollo Social y de la Familia MDS 2020 a la fecha. Consultora independiente en UNFPA, UNICEF, Family Care International y del BID. Reconocida con distinción “Dr. Julio Schwarzenberg L. 2022”, SOCHIFE 2022. Actual coordinadora de Modelo de Gestión de la Unidad Técnica de Implementación. Integral de Proyectos del Departamento de Gestión de Proyectos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente SSMSO.

Introducción

Desde que el ser humano habita el planeta ha buscado un mejor futuro fuera de su entorno inmediato. Esto es tan básico como la necesidad de supervivencia, además de la curiosidad y la ambición, que han determinado descubrir nuevos mundos y nuevas oportunidades.

Figura 1 Teorías de poblamiento de la tierra: sucesivos procesos migratorios¹

¹ Global Human Journey National Geographic



Al analizar el genoma humano es posible establecer que compartimos el 99,9% del ADN entre las diversas razas². Las diferencias físicas entre los diversos grupos humanos se deben a procesos de adaptación climática producto de estas mismas migraciones ocurridas desde hace miles de años³ y que sin duda se seguirán produciendo.

A diferencia con lo que sucedía hace miles de años atrás, nos encontramos con un mundo globalizado, interconectado, diverso, donde la migración cambia a los países.⁴

Figura 2 Análisis de grados de migrantes presentes en el mundo

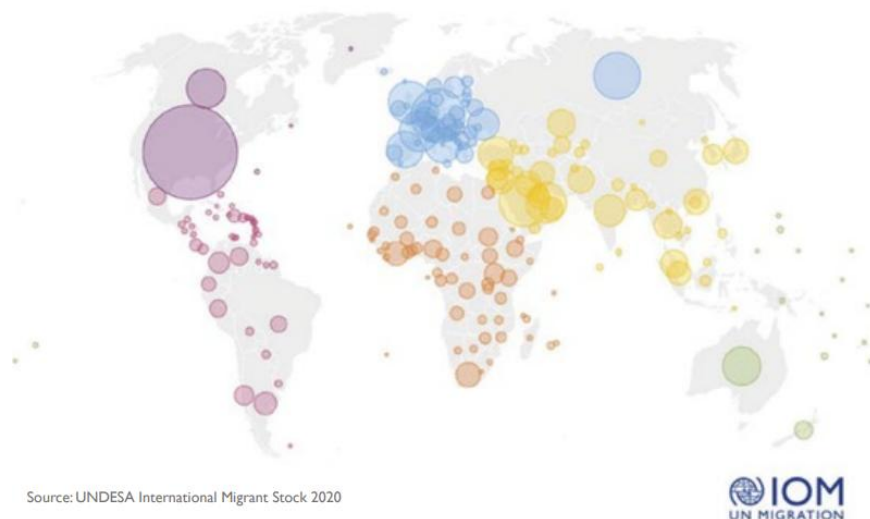
² Vázquez De Kartzow, R. (2024). Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes? Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>

³ Vázquez De Kartzow, R. (2024). Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes? Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>

⁴ Markkula N, Cabieses B, Lehti V et al (2018). Globalization and Health 14:52



Pediatria en Red 7



Al analizar diversas culturas en un territorio determinado, nos encontramos que estas pueden ser monoculturales, multiculturales o interculturales.

La **monoculturalidad** se caracteriza por grupos homogéneos, donde los individuos pertenecientes a estos grupos comparten una forma común de entender la realidad.

En la **multiculturalidad** coexisten grupos distintos y se defiende el respeto a la diversidad de las minorías étnicas y culturales, pero siempre con el sometimiento a unos valores comunes básicos⁵, es decir, esto implica un sistema de valores y creencias que están por encima del valor de la diversidad, no existe un intercambio cultural entre grupos que comparten un mismo espacio, no hay integración.

La interculturalidad “implica una comunicación comprensiva entre las distintas culturas que conviven en un mismo espacio, siendo a través de éstas, donde se produce el enriquecimiento mutuo y, por consiguiente, el reconocimiento y la valoración (tanto intrínseca como extrínseca) de cada una de las culturas en un marco de igualdad”, además del respeto y la inclusión de todas y todos los que conformen dicha comunidad, es decir hay una integración social real.

La migración determina un encuentro entre personas y grupos humanos de diversas culturas y experiencias.

Migrar no implica, por sí misma, un riesgo para la salud; son las condiciones en que se produce la migración y la exposición a riesgos, las que generan daños en salud⁶.

⁵ Fanjul 2010

⁶ Van der Laat. La migración como determinante social de la salud. 2017



Pediatría en Red 7

Los procesos migratorios determinan cambios a nivel individual, familiar y comunitario tanto del territorio del cual parten, como de los territorios a los cuales llegan. Son las experiencias y situaciones vividas en las etapas de origen, tránsito, destino y retorno, si es que éste ocurre, las que podrán o no, ser un elemento de enriquecimiento y fortalecimiento de la persona y su salud, o, por el contrario, haber marcado negativamente a la persona, familia y comunidad.

La migración internacional es definida como “movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales”⁷.

La migración promovida por la búsqueda de mejores condiciones de vida, está influenciada por factores impulsores que inciden en la decisión de migrar en una población heterogénea y diversa. En este proceso se involucra la realidad del país de origen, el país receptor y las características individuales de los migrantes. Se han identificado los siguientes factores:

- Macro factores a nivel sociedad como el deficiente desarrollo humano y económico, el crecimiento demográfico, cambios medioambientales, guerras y dictaduras.
- Meso factores que conectan al individuo con su comunidad, representando facilitadores o barreras para la migración como las redes de apoyo, marcos regulatorios y costo de la migración.
- Micro-elementos propios de la persona como edad, sexo, etnia, nivel educativo, estado civil, idioma y aspiraciones de migrar para aumentar la probabilidad de prosperar a mayor velocidad que en su situación local⁸.

Definición de niño, niña o adolescente migrante

Según UNICEF (2020), un niño, niña o adolescente migrante es aquel “que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional, fuera de su lugar habitual de residencia, independientemente de su situación jurídica, el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento, las causas del desplazamiento o la duración de su estancia”.

Los niños, niñas y adolescentes, históricamente han migrado junto a sus familias en búsqueda de nuevas oportunidades, refugio, o en algunos casos, para reencontrarse con sus familias. De especial gravedad son aquellos niños, niñas y adolescentes que cruzan fronteras solos/as siendo menores de edad, o en grupos de pares, que pueden ser víctimas de tráfico o trata de personas.

Son causas de migración:⁹

- Motivos Políticos
- Motivos Económicos
- Motivos Climatológicos (tornados, terremotos, etc)

⁷ Castelli F. Drivers of migration: why do people move? Journal of travel medicine. 2018;25(1):tay040.

⁸ Castelli F. Drivers of migration: why do people move? Journal of travel medicine. 2018;25(1):tay040.

⁹ Van der Laat. La migración como determinante social de la salud. 2017



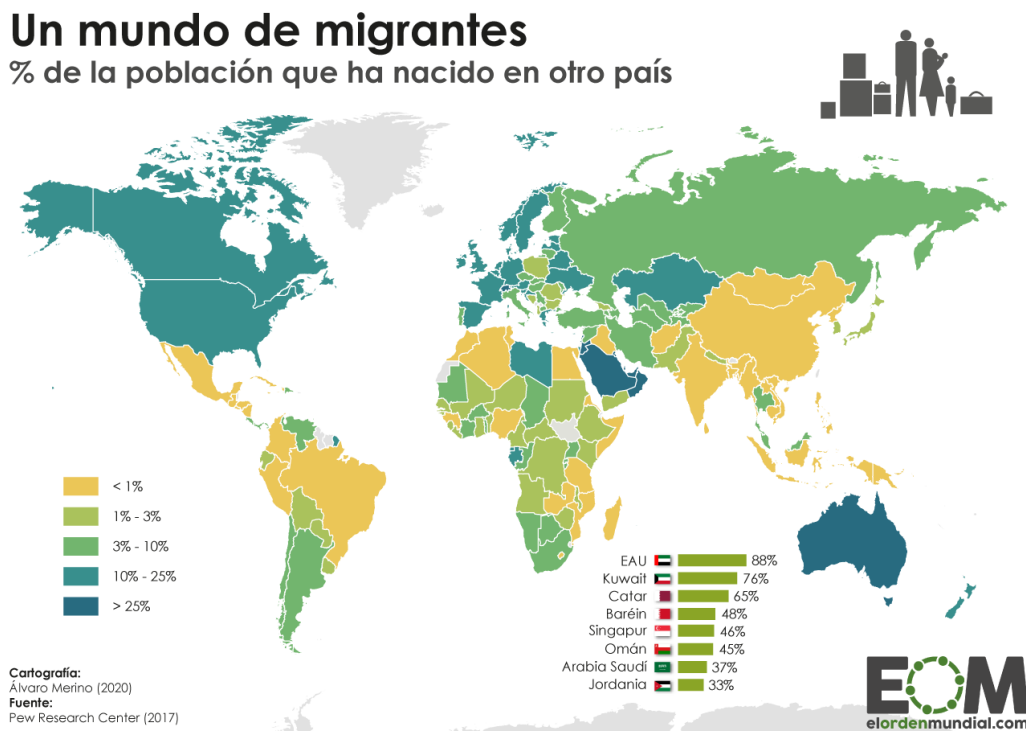
Pediatria en Red 7

- Inseguridad alimentaria
- Conflictos bélicos
- Globalización (trabajos, etc)

El estado de la población migrante en el mundo

No existe un país que no esté conformado por diversas culturas que han migrado a sus territorios, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico

Figura 3 Porcentaje de la población que ha nacido en otro país (datos 2020)¹⁰



Existen tres países en los que la población nacida en el extranjero supera a la nativa: Emiratos Árabes Unidos (88%), Kuwait (76%) y Catar (65%), según datos de 2017 del Pew Research Center¹¹.

El último decenio, las principales causas de migración masiva son:

- Conflictos armados
- Inestabilidad política o social
- Catástrofes naturales
- Sequía o hambruna

¹⁰ <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/inmigrantes-en-el-mundo/>

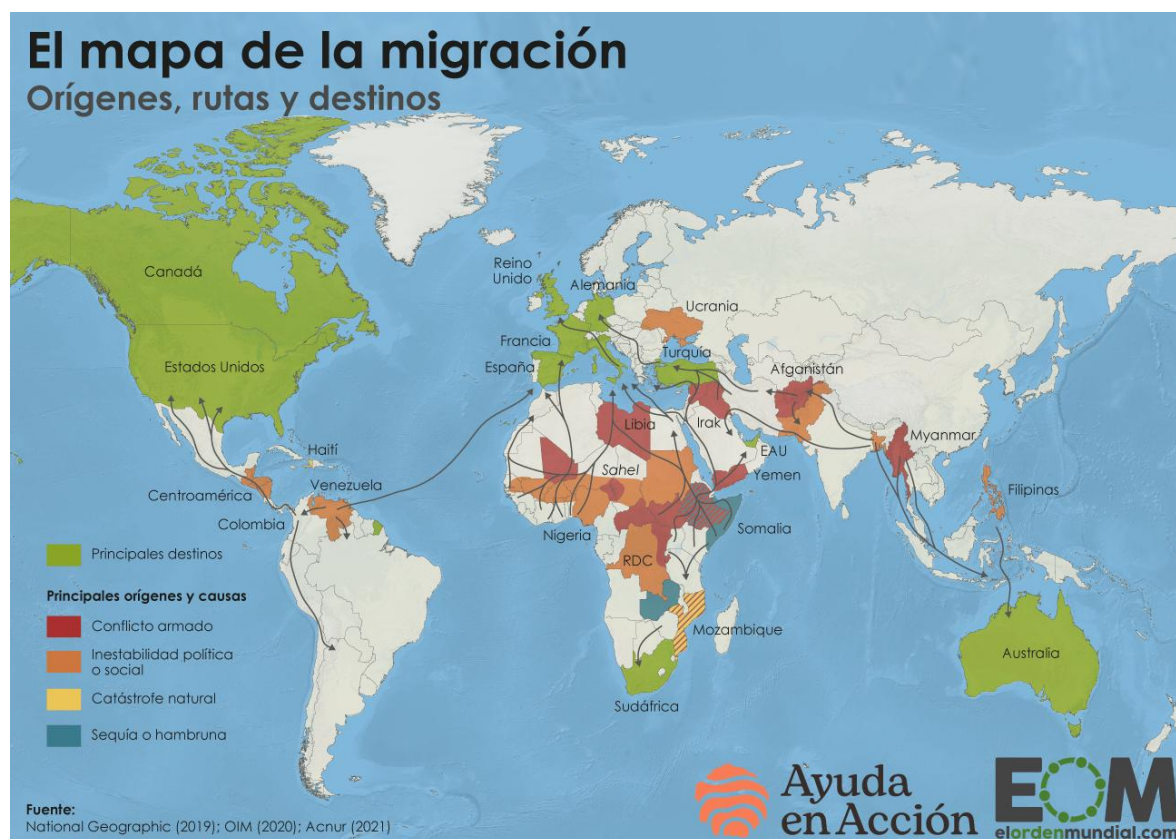
¹¹ <https://www.pewresearch.org/>



Éstas últimas dos causas determinadas en forma significativa por el cambio climático que afecta sostenidamente a nuestro planeta, y que se espera pueda ir determinando mayores eventos adversos.

En el siguiente Gráfico se puede apreciar los principales movimientos migratorios de los años 2019, 2020 y 2021. No está graficada la actual situación del Conflicto de Exterminio en Gaza.

Figura 4 Mapa de la Migración, orígenes, rutas y destinos 2019-2021¹²

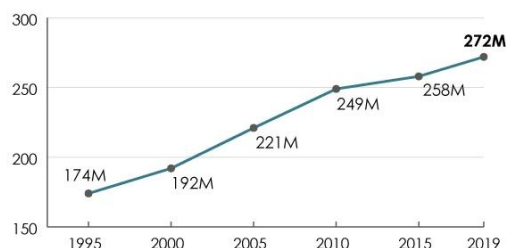


El año 2019 272 millones de personas migraron en el mundo, de los cuales 13,9 personas eran niños. El país con mayor número de inmigrantes era EEUU, con 50,7 millones de personas al año 2019, y el país con mayor número de emigrantes fue la India, con 17,5 millones de personas, según datos del mismo año 2019. Los países con mayor desplazamiento interno son Siria con 6,6 millones y de latino américa, Colombia, con 4,9 millones de personas. Esto se grafica en el siguiente gráfico.



Figura 5 Panorama mundial de la Migración 2019-2020¹³

Evolución del número de migrantes internacionales (OIM, 2020)



Porcentaje de hombres, mujeres y niños (OIM, 2019)

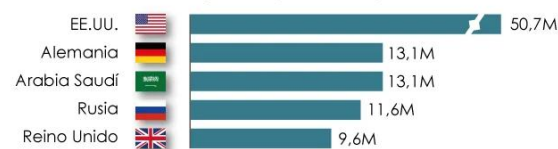


Número de refugiados, desplazados internos y resto de migrantes (OIM, 2019)

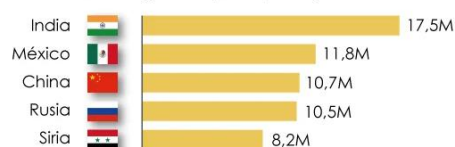


Fuente: Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020); ONU (2019); Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC, 2020)

Países con más inmigrantes (ONU, 2019)



Países con más emigrantes (ONU, 2019)



Países con más desplazados internos (IDMC, 2020)



Ayuda en Acción



Estado de los procesos migratorios en América Latina y el Caribe

Los países de América Latina y el Caribe LAC, están experimentando cambios significativos en sus patrones migratorios.

Si bien entre los migrantes internacionales se destaca un importante patrón de migración de sur a norte, siendo Europa y Norte América las zonas predilectas -concentran 141 millones de inmigrantes¹⁴, también existe una importante migración intrarregional en Latinoamérica conocida como la migración sur-sur. Esta surgió como resultado al aumento de barreras para el ingreso a países del norte, y el interés que despertó el creciente desarrollo económico y condiciones sociopolíticas favorables de algunos países de la región; donde incluso el costo de la migración era menor¹⁵.

¹³ El Orden Mundial Evolución del número de migrantes internacionales 2020 en link en <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/radiografia-migracion-mundo/> revisado 5-5-2025

¹⁴ OIM. WORLD MIGRATION REPORT. 2020

¹⁵ Cerrutti M, Parrado E. Intraregional migration in South America: trends and a research agenda. Annual Review of Sociology. 2015; 41:399-421.



La crisis de Venezuela generó el 2021 el segundo desplazamiento más grande después del de Siria¹⁶. Al mismo tiempo hubo una población grande y creciente de haitianos que migraron a sud américa, y grandes números de personas que se desplazaban desde el triángulo norte de Centro américa a México y hacia EEUU, y desde Nicaragua a Costa Rica. Con la nueva administración del presidente Donald Trump 2025, con gran represión a los migrantes a EEUU, se inicia un nuevo escenario aún no dimensionado en su magnitud. Lo que es claro, que inicialmente LAC era un continente de emigración: y que ahora se encuentra en un escenario más complejo de crecientes movimientos intra regionales, con los desafíos de todos los países que emigran o llegan migrantes, en un contexto internacional de creciente intolerancia y xenofobia, y con pocas o nulas capacidades de abordar las necesidades de la población migrante o simplemente en tránsito.

La cantidad de permisos de residencia otorgados a inmigrantes regulares llegados a los países de LAC alcanzó el 2019 los 1,41 millones, una cifra algo menor a lo registrado el 2018, pero que siguió siendo más de 50% mayor al período anterior 2015-2016. El gran aumento de la cantidad de migrantes del período 2017-2019 se debió principalmente al masivo éxodo de venezolanos, quienes se trasladaron, en su mayoría, a otros países andinos, como se puede apreciar en el siguiente gráfico¹⁷.

Figura 6 Cantidad total de permisos otorgados por país personas ingresadas regulares

¹⁶ Banco Interamericano de Desarrollo y Organizaciones para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2021) Flujos migratorios en América Latina y el Caribe; estadísticas de permisos para los migrantes. <https://doi.org/10.18235/0003665> revisado el 5-5-2025

¹⁷ Banco Interamericano de Desarrollo y Organizaciones para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2021) Flujos migratorios en América Latina y el Caribe; estadísticas de permisos para los migrantes. <https://doi.org/10.18235/0003665> revisado el 5-5-2025



Pediatria en Red 7

Cuadro 1: Cantidad total de permisos otorgados por país						
País	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio anual cada 1000 habitantes
Argentina	262.798	217.898	215.400	224.187	164.528	4,84
Barbados	5.268	5.082	5.669	4.005	5.127	17,53
Bolivia	25.758	28.526	30.905	32.295	23.981	2,46
Brasil	114.473	125.467	102.721	121.735	182.920	0,61
Chile	215.172	228.449	355.218	536.895	416.641	18,49
Colombia	55.849	58.390	133.576	543.028	98.042	3,53
Costa Rica	30.901	14.646	19.191	17.545	17.114	3,94
Ecuador	48.772	50.987	57.558	83.889	109.854	4,04
El Salvador	2.156	2.127	2.229	2.798	2.545	0,37
México	105.681	110.385	118.237	125.146	128.494	0,92
Panamá	22.300	22.142	46.022	50.397	51.381	9,05
Paraguay	11.151	12.163	15.354	20.724	24.041	2,37
Perú	17.984	25.134	75.019	319.411	173.308	3,76
Surinam	3.052	3.053	6.745	2.355	2.844	6,21
Uruguay	1.705	3.182	2.976	2.820	3.331	0,81
Total	923.020	907.631	1.186.820	2.087.230	1.404.151	2,41
Índice 2015=100	100	98	129	226	152	

Fuente: Base de datos DataMIG del BID.

El gran problema son los inmigrantes irregulares, que varían según el país. En Chile el año 2022 se estimó que el 6,6% de los residentes extranjeros residentes estaban en situación irregular. Esto significa 1 de cada 15 personas¹⁸. Ese mismo año se estimó que el 13% de los migrantes correspondían a niños, niñas y adolescentes, es decir, 210.521 personas.

Según un informe de UNICEF 2022 existe una creciente población de 0 a 19 años migrante a lo largo de todo Chile, con % mayor al 15% en todas las regiones (Tarapacá son el 18,84%). La niñez y adolescencia migrante se concentra en zonas urbanas, especialmente en la RM, O'Higgins y Tarapacá.

El año 2021, entre abril y septiembre se registraron el ingreso de 1.119 niños, niñas y adolescentes que ingresaron de forma irregular según la policía de investigaciones de Chile PDI, los cuales fueron mayoritariamente (79%) originarios de Venezuela¹⁹.

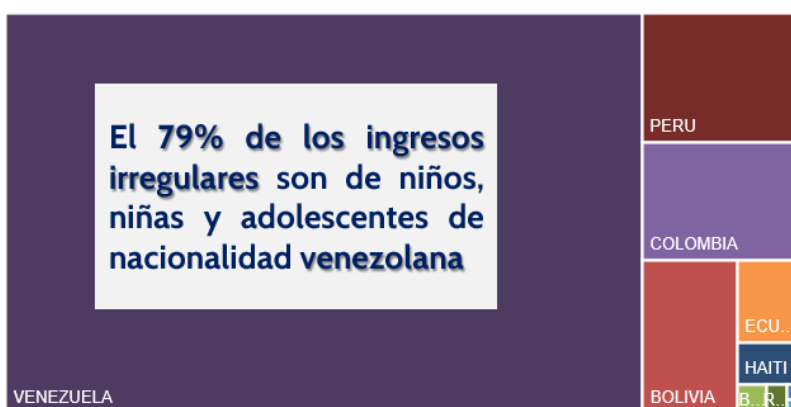
Figura 7 Niños, Niñas y adolescentes ingresados irregularmente en Chile según PDI 2021

¹⁸ Servicio Nacional de Migraciones 2022 en <https://serviciomigraciones.cl/nueva-estimacion-poblacion-migrantes-2022/> revisado el 5-5-2025

¹⁹ Información entregada por PDI a la Defensoría de la Niñez, 2021



Pediatría en Red 7



Pese a que en Chile, existen oficialmente sólo un 6,6% de migrantes en situación irregular, se sabe que no contamos con el número real de niños, niñas y adolescentes migratorios en situación irregular, pues, el año 2020, ante la gran dificultad ante, el ingreso masivo de Venezolanos, se procedió al cierre de las fronteras, permitiendo el ingreso sólo con visa previa, lo que determinó que igual algunas familias ingresaran irregularmente, determinando una cifra oscura, que se ha expresado en la pesquisa de niños, niñas y adolescentes viviendo en situación de calle ese año (2020) que no coincide con los NNA ingresados al catastro de NNA del registro Social de hogares con los que se espera proteger a esta población.

Figura 8 Incoherencia de números de niños, niñas y adolescentes en situación de calle 2020 Chile





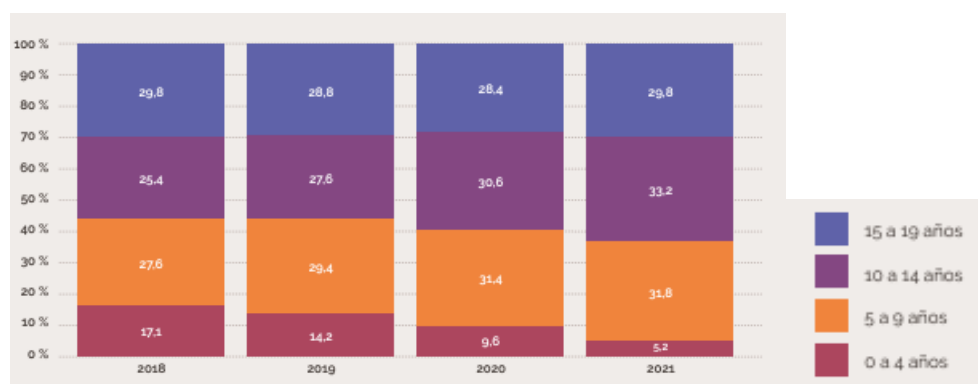
Pediatría en Red 7

Esto resulta de especial relevancia, pues se sabe que, al tratar pasar por fronteras menores de edad, son fáciles presas de redes de tráfico humano, redes de pedofilia y un sin número de delitos. Y en Chile esto ha sido así. El 3 de mayo 2025 se publica el resultado de una larga investigación de la Unidad de ciber delitos de la Policía de Investigaciones PDI de Chile, en que desbarataron una red de explotación sexual infantil en Chile, que resultó en 102 detenidos, y 20 menores de edad rescatados de estas redes de explotación²⁰.

También hemos visto con asombro como se destapó el caso de una niña boliviana de 8 años vendida a una familia como esclava doméstica; no estaba inscrita en ningún país, no iba al colegio, y debía realizar todos los deberes de una casa, con malos tratos y mal nutrida, situación que fue denunciada por la comunidad²¹.

La distribución porcentual por grupos de edades en la niñez y adolescencia en los años 2020-2021 se representa en el siguiente gráfico:

Figura 9 Distribución porcentual de NNA migrantes en Chile



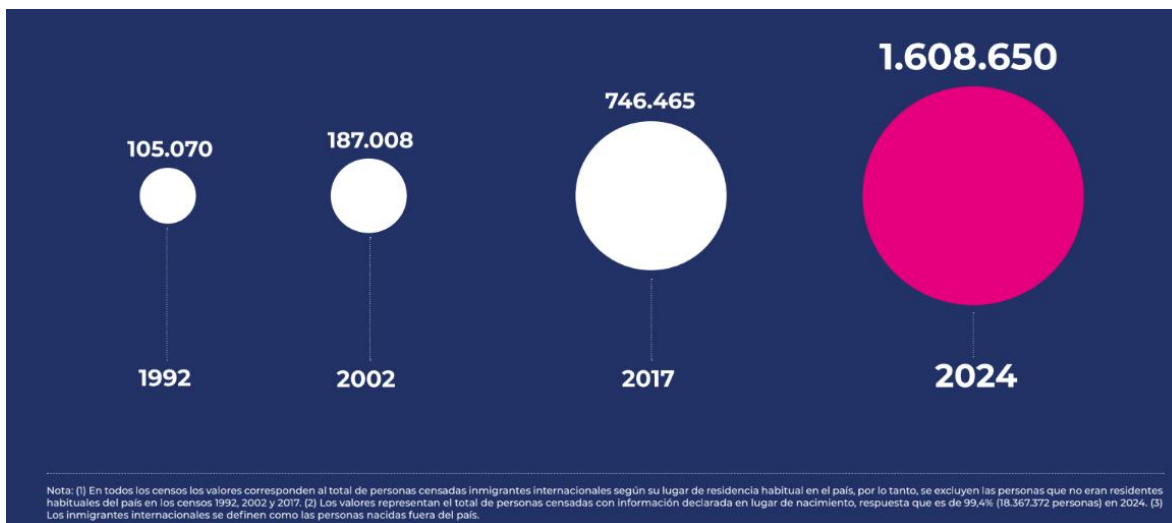
Esto nos muestra cómo, del total de NNA, el año 2021 los y las adolescentes representan el 63%. Es probable que esto se debe a que todos los niños nacidos en Chile de padres migrantes, pasan a ser automáticamente chilenos, por lo que se sub representan en este gráfico.

Por otro lado, el último censo realizado el año 2024 muestra como aumenta la población de personas migrantes en Chile a 1.608.650 personas como se aprecia en la figura siguiente:

Figura 10 Evolución del número de personas migrantes internacionales en Chile 2007-2024 según Censo 2024, INE

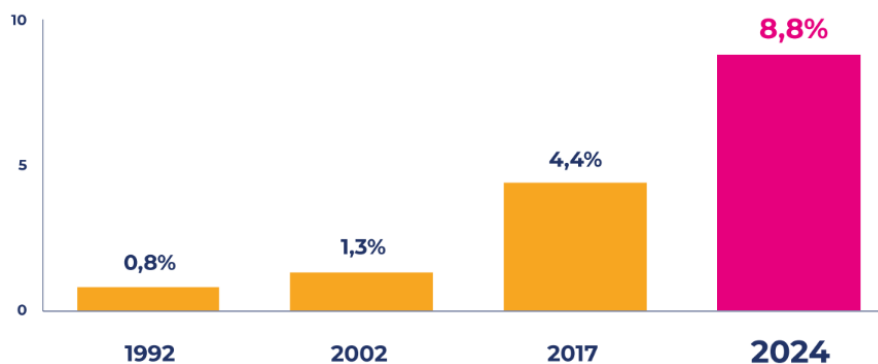
²⁰ Operación Orion 2025, Chile en www.adnchile.cl

²¹ www.elpais.com/chile/2025-04-10/la-fiscalia-chilena-investiga-el-caso-de-una-nina-boliviana-de-ocho-anos-que-fue-vendida-a-una-familia-para-ser-esclavizada.html



Esto corresponde al 8,8% de la población de Chile, como se puede apreciar en la figura siguiente:

Figura 11 Porcentaje de la población migrante internacional del total de la población de Chile según Censo 2024



Nota: (1) En todos los censos los valores corresponden al total de personas censadas inmigrantes internacionales según su lugar de residencia habitual en el país, por lo tanto, se excluyen las personas que no eran residentes habituales del país en los censos 1992, 2002 y 2017. (2) Los valores representan el porcentaje de personas censadas que declaran lugar de nacimiento en otro país.

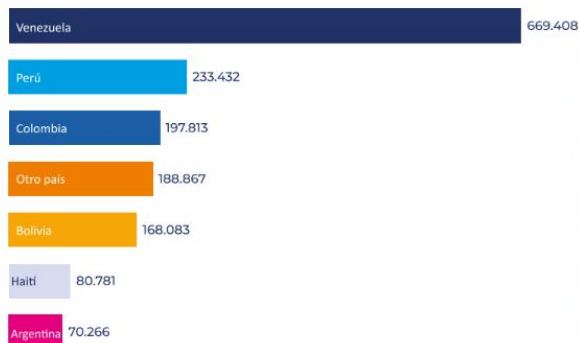
En Chile, el país con mayor migración es Venezuela, como se aprecia en el siguiente gráfico

Figura 12 Población migrante internacional por país de nacimiento según Censo 2024 en Chile



Pediatría en Red 7

Población inmigrante internacional por país de nacimiento



Nota: Los valores representan el total de personas censadas que declaran lugar de nacimiento en otro país y especifican su nombre, respuesta que es de 99,9% (1.607.243 personas).



Uno de los mayores impactos son la utilización de los servicios de salud. En Chile toda persona migrante, ya sea en situación regular o irregular se puede atender en el sistema público de salud con una identificación transitoria otorgada por los centros de salud familiar de la atención primaria de Chile, lo que permite el acceso a salud materno fetal, infantil y de urgencia. Es así como las gestaciones y partos se atienden en 99% por profesionales de la salud, con excelentes resultados sanitarios: Mortalidad materna de 31,2 muertes por cada 100.000 NV 2020, y una mortalidad infantil del año 2024 de 6.2 por cada 1.000 nacidos vivos²².

Figura 13 Principales países de nacimientos de hijos de inmigrantes internacionales por región en Chile según Censo 2024

²² Departamento de Estadísticas e Información en Salud Ministerio de Salud de Chile MINSAL
<https://deis.minsal.cl>

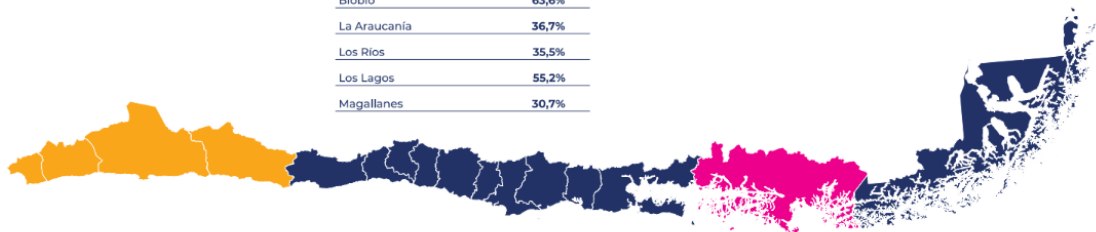


Pediatría en Red 7

Bolivia	
Arica y Parinacota	39,3%
Tarapacá	50,8%
Antofagasta	40,2%
Atacama	33,7%

Venezuela	
Coquimbo	45,3%
Valparaíso	48,5%
Metropolitana	45,8%
O'Higgins	49,4%
Maule	56,5%
Nuble	53,2%
Biobío	63,6%
La Araucanía	36,7%
Los Ríos	35,5%
Los Lagos	55,2%
Magallanes	30,7%

Argentina	
Aysén	28,2%



Nota: El porcentaje representa el total de inmigrantes de ese país de nacimiento sobre el total de inmigrantes que residen en la región.

En Colombia, se estima que el año 2020, el 56% de los migrantes venezolanos se encontraban en situación irregular, esto quiere decir, que, por cada migrante regular, hay 1,8 inmigrantes irregulares²³. Es así como algunas publicaciones señalan que 5,6 a 7 millones de venezolanos se distribuyen en toda LAC, tal como se grafica en la siguiente figura²⁴.

Figura 14 Dinámicas migratorias de Venezuela (2018-2019) publicado 2021



Las dinámicas migratorias de Centroamérica graficadas con datos 2019-2021, muestran como México se alza como pasillo hacia EEUU, como los nicaragüenses migran a Costa Rica, y como el Tapón del Darién se alza como una barrera natural para quienes migran al norte, sin eso limitar la migración, si no, más bien, exponer a peligros a quienes lo realizan. Esto se grafica en la figura siguiente²⁵

²⁴ El Orden Mundial Mapa Migratoria de Venezuela 2021 en <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/mapa-migratoria-venezuela/> revisado el 5-5-2025

²⁵ El orden Mundial proceso migratorio de Centro américa 2019-2021 en link <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/mapa-migratorio-centroamerica/> revisado el 5-5-2025



Figura 15 Dinámicas Migratorias de Centroamérica



El impacto en la niñez y adolescencia

Ya hemos señalado que dependiendo de las condiciones en la cual se realiza el proceso migratorio, esto puede tener buen o mal impacto en el crecimiento y desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Las condiciones de pobreza, exposición a violencias, fríos, malos tratos, cansancio, hambre, pudieran estar presentes. Pero un elemento que es importante a considerar, es la etapa de la adolescencia, donde el proceso de construcción identitaria se tensiona ante los nuevos escenarios, y dependiendo de la capacidad de las familias en situación de migración y de la inclusión (o no) del entorno, el tipo de resultado que podamos anticipar en sus desarrollos. Otro elemento importante a considerar en las adolescencias en situación de migración, son la exposición a redes de trata de personas, y abuso sexual a la cual se exponen, en especial las adolescentes mujeres. Los duelos de lo que dejan en sus países de orígenes les ocurren a todas las personas de las familias, pero en las adolescencias migrantes esto pudiera pasar un elemento crítico a considerar, al momento de valorar el impacto en su estado de ánimo y proyecciones en relación a su futuro.

Enfoque de determinantes sociales en salud de migrantes

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales (familiares, laborales, comunitarias, del sistema de salud, entre otras) en que el individuo se desarrolla en su ciclo vital. Dichas condiciones sociales -o determinantes sociales- pueden tener un efecto poderoso en la vida y salud de los individuos, que determinan mecanismos de estratificación social jerárquica que conducen a diferencias sistemáticas, injustas y evitables



entre grupos sociales (i.e. inequidades sociales en salud)²⁶. De hecho, la migración internacional ha sido reconocida como un determinante social de la salud²⁷, pues las circunstancias de la migración pueden incidir en riesgos e inequidades que alteran la salud²⁸.

Los DSS que impactan en la salud de las personas migrantes son:

Demográficos:

Son el sexo y género, edad y etnia.

- Sexo, su influencia es a través de procesos fisiológicos y de prácticas basadas en normas culturales de género instaladas socialmente²⁹, que favorecen de forma variable estos resultados de salud entre hombres y mujeres.
- La edad implica diversos riesgos, entre ellos, riesgos específicos de acuerdo a la generación de pertenencia, como riesgos acumulados del ciclo vital³⁰.
- La etnia denota la diversidad tanto genérica como de identidad cultural del grupo al que se pertenece, para los cuales podría observarse alguna predisposición de enfermar de forma diferencial³¹, ³².

Socioeconómicos:

Específicamente el nivel educativo, ocupación e ingreso:

- Un bajo ingreso puede generar limitaciones al acceso de servicio de salud de calidad y adopción de hábitos poco saludables³³.
- El nivel educativo actúa aumentando o disminuyendo el riesgo según sea la comprensión y toma de decisiones hacia los hábitos³⁴.
- El tipo de ocupación puede ser una fuente de riesgo por la labor que se ejerza o el desempleo inducir a comportamientos riesgosos³⁵.
- El acceso al sistema de salud, compromete el potencial de ingreso y uso de sus prestaciones; que en migrantes tiende a ser reducido y con barreras para su utilización³⁶.

²⁶ OMS. Determinantes sociales de la salud [Disponible en : https://www.who.int/social_determinants/es/

²⁷ Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. Annual review of public health. 2015; 36: 375-92.

²⁸ Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. Eurohealth. 2009;16(1):10-2.

²⁹ Van Anders SM, Schudson ZC, Abed EC, Beischel WJ, Dibble ER, Gunther OD, et al. Biological sex, gender, and public policy. Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences. 2017;4(2):194-201.

³⁰ Chia CW, Egan JM, Ferrucci L. Age-related changes in glucose metabolism, hyperglycemia, and cardiovascular risk. Circulation research. 2018;123(7):886-904.

³¹ Fedeli U, Cestari L, Ferroni E, Avossa F, Saugo M, Modesti PA. Ethnic inequalities in acute myocardial infarction hospitalization rates among young and middle-aged adults in Northern Italy: high risk for South Asians. Internal and emergency medicine. 2018;13(2):177-82.

³² Muncan B. Cardiovascular disease in racial/ethnic minority populations: illness burden and overview of community-based interventions. Public health reviews. 2018;39(1):1-11.

³³ Hamad R, Penko J, Kazi DS, Coxson P, Guzman D, Wei PC, et al. Association of Low Socioeconomic Status With Premature Coronary Heart Disease in US Adults. JAMA Cardiology. 2020.

³⁴ Nielsen SS, Hempler NF, Krasnik A. Issues to consider when measuring and applying socioeconomic position quantitatively in immigrant health research. International journal of environmental research and public health. 2013;10(12):6354-65.

³⁵ Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: challenges and interventions. Circulation. 2018;137(20):2166-78.

³⁶ Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. Revista de Saúde Pública. 2020; 54:20.



Pediatría en Red 7

- Estas limitaciones pueden derivarse de desventajas socioeconómicas, estatus migratorio, desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y dificultades culturales e idiomáticas que restringen el acceso oportuno a tamizajes, diagnóstico y tratamiento³⁷.

Psicosociales:

Entendidos como procesos de estrés, discriminación, aculturación, capital y apoyo social, en el intercambio con la sociedad receptora.

- La aculturación es un proceso de intercambio y adaptaciones de la cultura propia por la local, derivadas del contacto con la nueva cultura³⁸.
- Puede generar múltiples efectos en migrantes: asimilación cuando abandona su cultura, incorporando completamente la nueva a la que se expone; de separación en el caso contrario, al solo conservar su identidad original, de marginalización al retirarse de ambas culturas o, de integración donde hay un posible balance de interés por su propia cultura y la del país receptor³⁹.
- La separación se ha relacionado con el aumento de algunas enfermedades físicas y de salud mental, mientras que la integración y asimilación tienen tendencias opuestas^{40, 41}.
- En este proceso, pueden resultar posturas negativas desde la sociedad receptora, siendo los tratos diferenciales e injustos una fuente de vulnerabilidad⁴².
- La discriminación sugiere un riesgo de enfermar por la respuesta fisiológica al estrés, que en migrantes se asocia a la etnia, dominio del idioma o falta de afiliación al sistema de salud⁴³.
- Las diversas experiencias del proceso migratorio inducen a estrés, cuya sobrecarga sostenida tiene impacto en la salud física y mental de las personas migrantes⁴⁴.
- El migrante puede tener recursos psicosociales positivos como el capital y apoyo social que modulan el riesgo a diversas patologías⁴⁵.

Proceso Migratorio

³⁷ O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. 2016;120(5):495-508.

³⁸ Gellman MD, Turner JR. *Encyclopedia of behavioral medicine*: Springer; 2013.

³⁹ Berry JW. *Acculturation strategies and adaptation*. 2007

⁴⁰ Al-Sofiani ME, Langan S, Kanaya AM, Kandula NR, Needham BL, Kim C, et al. The relationship of acculturation to cardiovascular disease risk factors among US South Asians: Findings from the MASALA study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2020; 161:108052.

⁴¹ Commodore-Mensah Y, Ukonu N, Cooper LA, Agyemang C, Himmelfarb CD. The association between acculturation and cardiovascular disease risk in Ghanaian and Nigerian-born African immigrants in the United States: the Afro-Cardiac Study. *Journal of immigrant and minority health*. 2018;20(5):1137-46.

⁴² Krieger N. Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*. 2014;44(4):643-710.

⁴³ Sharif MZ, Biegler K, Mollica R, Sim SE, Nicholas E, Chandler M, et al. A health profile and overview of healthcare experiences of Cambodian American refugees and immigrants residing in Southern California. *Journal of immigrant and minority health*. 2019;21(2):346-55.

⁴⁴ Pedersen SS, Von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European journal of preventive cardiology*. 2017;24(3_suppl):108-15.

⁴⁵ McCurley JL, Penedo F, Roesch SC, Isasi CR, Carnethon M, Sotres-Alvarez D, et al. Psychosocial factors in the relationship between socioeconomic status and cardiometabolic risk: the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2017;51(4):477-88.

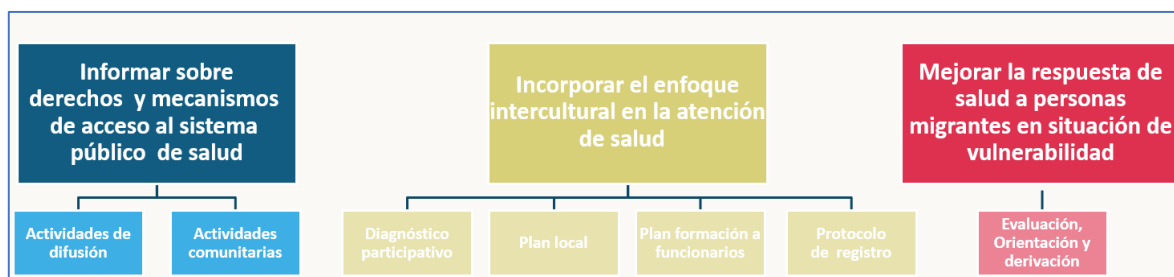


Pediatría en Red 7

También se ha podido establecer que, si bien hay variación del efecto del “migrante sano”, principalmente según el país de origen, al determinar las diversas exposiciones del individuo previo a su migración⁴⁶; y el tiempo de residencia que indica la permanencia de la persona en el territorio, con efecto progresivo en las adaptaciones y acumulación de exposiciones⁴⁷. Esto tiene especial importancia en las condiciones clínicas de tipo ambientales (niveles de vacunación por país, exposición a contaminantes ambientales, silicosis, parasitarias, virales, entre otras).

¿Cómo abordar las necesidades de niñas y adolescentes en situación de migración?

Los principales componentes de la atención de la población migrante son:



1. Organización de Servicios (adaptado de Guía Apoyo a la Implementación del Programa de acceso a Migrantes de APS del SSMOCC)⁴⁸.

Desde salud debemos abordar desde lo más general a lo particular. Desde lo general, debemos analizar cuáles son los determinantes sociales que determinan mayoritariamente la realidad de las personas que habitan en el territorio del cual el establecimiento de salud se debe hacer cargo.

Con este objetivo se espera que cada equipo de salud de un territorio determinado, desarrolle un diagnóstico participativo con su comunidad, de manera de identificar y visibilizar las necesidades de este grupo poblacional y se desarrollen las adaptaciones requeridas, como, por ejemplo, la adaptación al creole de la información disponible en aquellas comunas donde las personas haitianas se encuentren presentes, junto con contar con facilitadores interculturales, que pueden ser miembros de las mismas comunidades, de manera de bajar las barreras de acceso. Esto implica el desarrollo de actividades comunitarias, actividades de difusión.

⁴⁶ Gushulak BD, MacPherson DW. Health aspects of the pre-departure phase of migration. PLoS medicine. 2011;8(5).

⁴⁷ Millán Franco M, Gómez Jacinto L, Hombrados Mendieta I, García Martín MA, García Cid A. Influence of time of residence on the sense of community and satisfaction with life in immigrants in Spain: The moderating effects of sociodemographic characteristics. Journal of community psychology. 2019;47(5):1078-94.

⁴⁸ Guía de Apoyo a la implementación del Programa de Acceso a migrantes a APS SMSOCC 2022



Pediatría en Red 7

En paralelo se deben desarrollar las acciones que permiten incorporar el enfoque intercultural, desde el proceso participativo, el desarrollo del Plan local, junto a un Plan de capacitación a los funcionarios para sensibilizar y comprender las necesidades diferenciadas de las poblaciones a cargo, junto con desarrollar los protocolos de registros.

Para mejorar la respuesta directa de salud de las personas migrantes, con especial énfasis en situación de vulnerabilidad, se requiere llegar a ellas, contar con las formas de comunicación adecuadas a sus culturas y lenguaje, de ser posible, y establecer un vínculo terapéutico e institucional respetuoso.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido una serie de recomendaciones a los estados, en las que se destacan:

- Promover el acceso equitativo en la promoción y la atención de la salud para las personas migrantes.
- Promover cooperación bilateral y multilateral con relación a la salud de las personas migrantes “entre todos los países que participan en el proceso de la migración”.
- No establecer restricciones arbitrarias a la circulación, estigmatizadoras o prácticas discriminatorias a las personas migrantes basadas en las condiciones de salud que estos experimentan.

Las bases conceptuales en las cuales se basan son:

1. Enfoque de derechos humanos
2. Enfoque de determinantes de la salud
3. Enfoque de Género
4. Enfoque de interculturalidad
5. Enfoque de Curso de vida
6. Enfoque de territorialidad

Y los principios rectores que deben guiar estos servicios son:

- Principio de Participación Ciudadana
- Principio de Equidad
- Principio de Ética y Bioética
- Principio Igualdad y no discriminación
- Principio de integralidad
- Principio de Cohesión Social
- Principio de Calidad
- Principio de Universalidad

Los objetivos de la organización de servicios de salud para la población migrante deben ser:



Pediatría en Red 7

Garantizar el **acceso** a la atención integral en salud, favoreciendo así la **equidad en el acceso y atención en salud**, en un marco de respeto a los marcos normativos nacionales e internacional de personas migrantes y derechos humanos.

Para esto se proponen las siguientes estrategias:

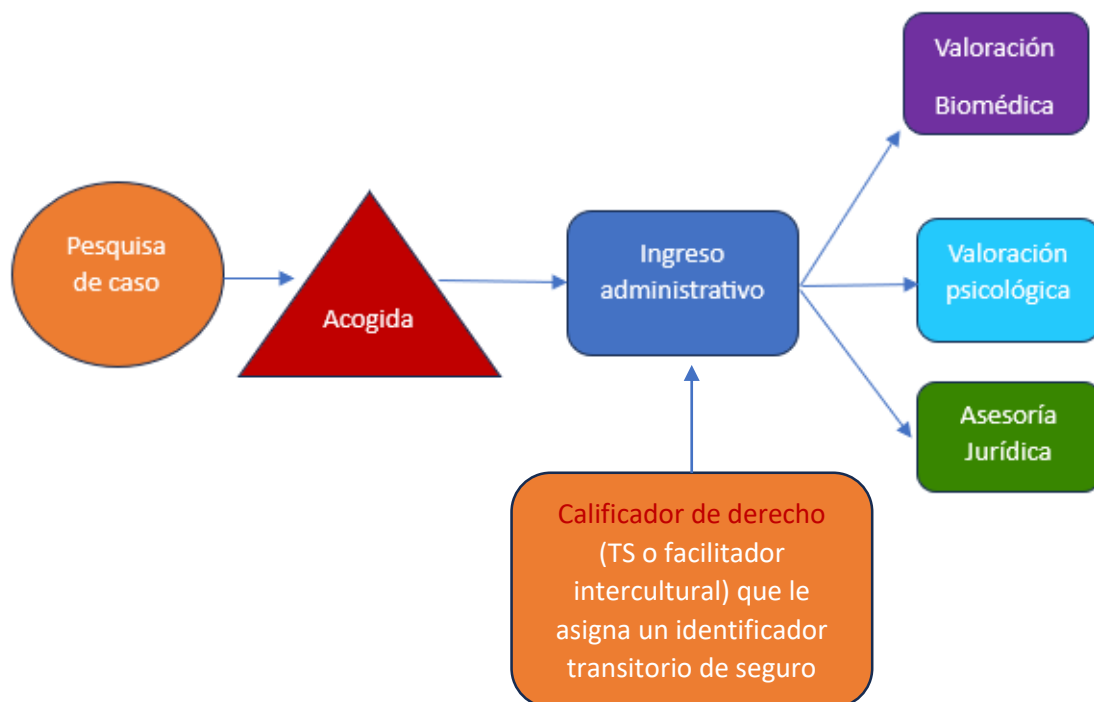
- Desarrollo de diagnóstico participativo con identificación de las necesidades de las diversas comunidades de personas migrantes internacionales y sus necesidades
- Difusión de oferta programática para migrantes (trabajo comunitario, acciones de difusión comunitaria)
- Apertura de oferta de atención para la población migrante, que, en sus inicios, hasta la regularización de sus antecedentes, debe estar garantizada, en forma gratuita, para:
 - Toda mujer gestante
 - Todo niño, niña y adolescentes, controles sanos y atención de morbilidad y urgencia
 - Atención de urgencia a toda la población sin discriminación por capacidad de pago.

II. Atención individual de NNA migrantes

En relación a la atención directa se propone:

Si es la primera consulta desarrollar, en un solo tiempo las siguientes acciones en salud:

Centro de Salud





Y los contenidos que se deben entregar en ese primer encuentro con el equipo de salud deben incluir:

Acogida

- Conocimiento del sistema de salud del país donde llega
- Pasos a seguir para inscribirse en el establecimiento de salud más cercano
- Derechos a los cuales tiene (o no) acceso
- Ruta que debe desarrollar para acceder a la atención regular

En la primera evaluación médica⁴⁹:



Los objetivos de la primera evaluación clínica de NNA en situación de migración son

- Recomendar la primera evaluación lo más pronto posible después del arribo al país.
- Individualizar al NNA y su red familiar
- Volver a informar cómo funciona el sistema de salud
- Conocer el estado de salud, detectar y tratar enfermedades
- Evaluar estado de inmunización
- Evaluar estado nutricional

⁴⁹ Vásquez-De Kartzow R. Niños migrantes en Chile. Propuesta de un protocolo de atención de salud. Cuad Med Soc (Chile) 2018; 58(4): 27-31



Pediatria en Red 7

7. Analizar estado de condiciones de cuidados del NNA, desarrollo de actividades adecuadas a su edad, pesquisa de situaciones de vulneración de derechos

Se debe indagar Averiguar cuál es su red familiar, si está solo/a y con quién/quienes y sus estados de salud, el lugar de nacimiento del NNA y de sus padres, región y país de procedencia y tipo de ingreso al país (regular, irregular), conocer la ruta y tiempo de viaje hasta el país de destino, transporte utilizado, indagar a cerca de los motivos de la migración (situación económica, desplazados, refugiados, violencia, salud, turismo), establecer fecha de llegada al país, preguntar sobre las condiciones de la vivienda actual (hacinamiento, acceso a servicios básicos, alimentación).

Importante tener en consideración el estado epidemiológico del país y región de la cual procede para identificar posibles exposiciones. Para eso se puede acceder a sitios con información epidemiológica actualizada como el Observatorio Epidemiológico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile donde se pueden informar de la situación de cada país y región⁵⁰.

Es necesario recordar compartimos el 99,9% entre las diversas personas y que las razas se producen en el proceso adaptativo de la especie a los diversos climas y entornos. Eso determina el reconocimiento de, básicamente, 3 grandes grupos de razas⁵¹:

- I. Grupo mongoloide que corresponden al 50% de la humanidad

⁵⁰ <https://observatorio.medicina.uc.cl/epidemiologia/america-latina-y-el-mundo/> Revisado el 5-5-2025

⁵¹ Vázquez De Kartzow, R. (2024). *Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes?*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>



Grupo Mongoloide (Amarilla)

- Cara ancha y plana
- Nariz chata o a veces alargada
- Pelo muy liso y negro
- Ojos oscuros
- Piel de color cobrizo o café muy claro
- Mentón que se proyecta
- Manchas pigmentarias en los glúteos en el momento del nacimiento
- Generalmente de baja estatura
- Ojos rasgados que se debe, principalmente a la llamada brida mongólica



Foto tomada de internet con licencia liberada.
CC0 Dominio público

2. Grupo Caucasoide 40% de la humanidad

Grupo caucasoide (Blanca)

- Cráneo más alargado
- Nariz recta y no abierta
- Piel no oleosa
- Estatura alta, miembro alargados
- Labios reninados o de textura media
- Manos y pies grandes
- Principalmente en la variante nórdica se presenta la piel, cabellos y ojos claros o semi-claros



Foto tomada de internet con licencia liberada.
CC0 Dominio público

3. Grupo Negroide 10% de la humanidad



Grupo negroide (Negro)

- Esqueleto grácil pero resistente
- Tendencia a la dolicocefalia. Paredes del cráneo gruesas y duras
- Ángulo facial pronunciado. Pómulos altos y prominentes
- Nariz corta y chata, puente cóncavo y ventanilla dilatadas
- Ojos generalmente negros o castaños, con iris negro y esclerótica a veces amarilla
- Labios entre medianos y gruesos
- Pie ancho y aplanado, arco bajo y talón proyectado hacia atrás
- Piel gruesa, generalmente de poco vello, tez de marrón claro a marrón muy oscuro casi negro
- Pelo elíptico, ruloso y casi plano en sección, muy rizado, hasta llegar a ser crespo
- Tendencia a la lordosis, cabeza proyectada hacia atrás

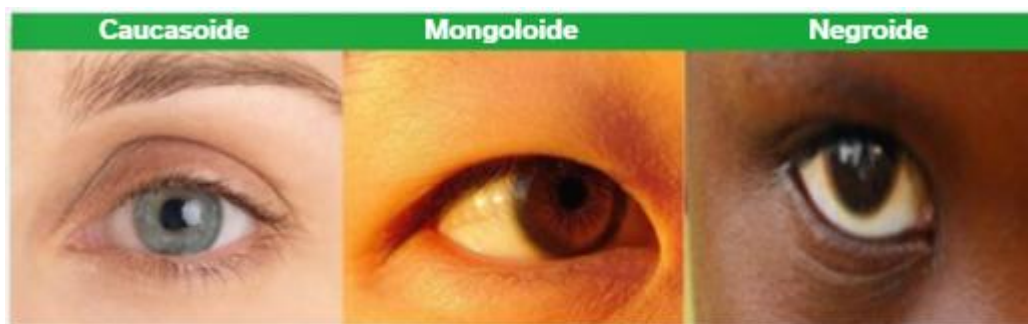


Foto tomada de internet con licencia liberada. CC0 Dominio público

Cada vez más, los grupos humanos son mestizajes de las razas.

Estas razas presentan diferencias semiológicas que son necesarias conocer⁵²:

Por una parte, la forma de los ojos, en particular del epicanto que se desarrolla más o menos dependiendo de la exposición al sol y viento.



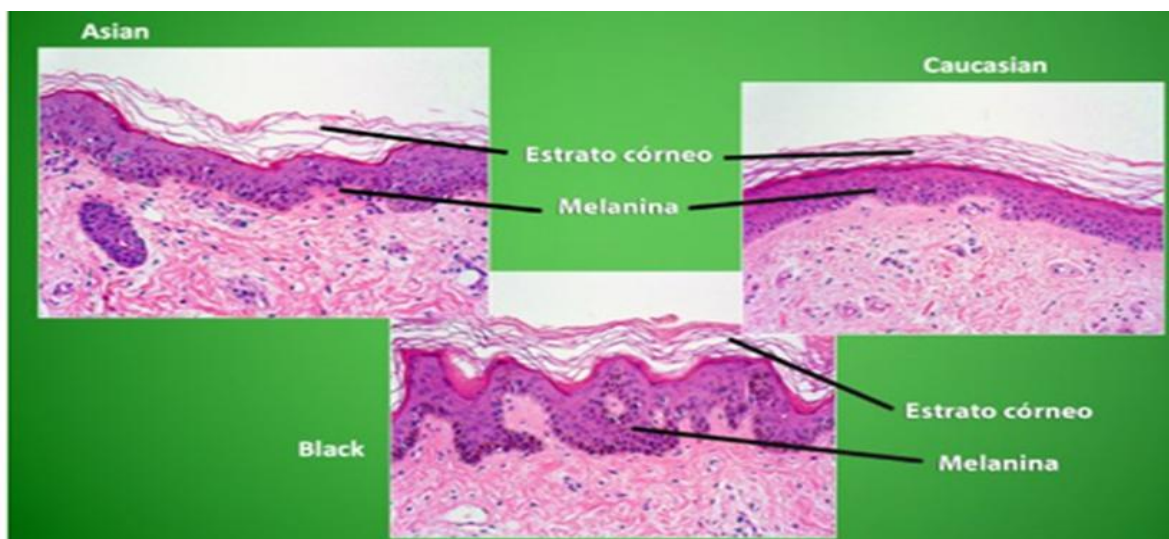
Diferencias en ojos y párpados en los tres principales grupos humanos. Foto autorizada por el Dr. Rubén Pascual de Proyecto Ocularis.

También existen diferentes tipos de nariz, dependiendo si estas deben filtrar humedad o calentar más o menos el aire inhalado, teniendo las formas leptorrino, mesorrino y platirrino como se expresa en las imágenes siguientes.

⁵² Vázquez De Kartzow, R. (2024). Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes?. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>



Otras diferencias significativas semiológicas son la piel y mucosas en los grupos humanos⁵³.



⁵³ Vásquez De Kartzow, R. (2024). *Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes?*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>

Características de la piel en afrodescendientes y caucásicos

	Piel negra	Piel blanca
Grosor del estrato córneo	Similar	
Tamaño de los corneocitos	Similar	
Número de capas del estrato córneo	+++	+
Concentración de lípidos en el estrato córneo	+++	+
Concentración de ceramidas	+	+++
Producción de vitamina D	+	+++
Dosis mínima eritematosa	+++	+
Fotodaño	+	+++
Cantidad de melanina	+++ (eumelanina)	+(eumelanina y/o feomelanina)
Tipos de melanosomas	Grandes, dispersos	Pequeños, agrupados
Localización de los melanosomas	Todo el espesor de la epidermis	En las capas más basales
Degradación de la melanina	Lenta	Rápida
Dermis	Gruesa y compacta	Fina y menos compacta
División entre la dermis papilar y la reticular	Menos evidente	Evidente
Fibroblastos	Grandes, binucleados o multinucleados	Pequeños y mononucleados
Fibras colágenas	Pequeñas y apiladas	Grandes
Fibras elásticas	Poca cantidad Elastosis +	Numerosa cantidad Elastosis +++
Macrófagos	Abundantes, grandes y multinucleados	Pocos
Vasos sanguíneos superficiales	Numerosos y dilatados	Pocos
Folículo piloso	Paralelo a la superficie cutánea (aspecto enroscado) Fibras de anclaje: +	Perpendicular o en ángulo agudo a la superficie cutánea (aspecto liso u ondulado) Fibras de anclaje: +++
Función de la glándula sebácea	+++	+

Tomado de: Dermatología Argentina Vol 24 Nº 1 marzo de 2018:02-12 ISSN 1669-1636



Pediatria en Red 7

Esto puede determinar diversas formas de expresión semiológica de la piel en lactantes como se puede apreciar en las imágenes siguientes:



Lesiones hipopigmentadas en un preescolar afrodescendiente con dermatitis eccematosa.
Foto con autorización de Skin Deep a DFTB Project



Lesiones hiperpigmentadas y piel engrosada en un escolar afrodescendiente con dermatitis eccematosa.
Foto con autorización de Skin Deep a DFTB Project



Lesiones eritematosas típicas en un lactante asiático con dermatitis eccematosa.
Foto con autorización de Skin Deep a DFTB Project



Lesiones eritematosas típicas en un lactante caucásico con dermatitis eccematosa.
Foto con autorización de Skin Deep a DFTB Project



Fototipos cutáneos de Fitzpatrick

	Características pigmentarias	Acción del sol sobre la piel
Fototipo I (Type 1)	Piel muy clara, color blanco-lechoso, ojos azules, pelirrojos y con efélides	Se queman intensamente, no se pigmentan nunca y descaman de forma abundante
Fototipo II (Type 2)	Piel clara, blanca-rosada, pelo rubio, ojos azules	Se queman fácilmente, se pigmentan ligeramente y descaman
Fototipo III (Type 3)	Piel beige, pelo castaño, (caucásicos)	Se queman moderadamente y se pigmentan correctamente
Fototipo IV (Type 4)	Piel morena, marrón claro, pelo y ojos oscuros (mongoloides)	Se queman en forma mínima y se pigmentan con bastante facilidad y de forma inmediata
Fototipo V (Type 5)	Piel marrón (amerindios, indostánicos, árabes e hispánicos)	Raramente se queman, se pigmentan con facilidad e intensidad, con reacción de pigmentación inmediata
Fototipo VI (Type 6)	Piel marrón oscura (negroides)	No se queman nunca y se pigmentan intensamente, con reacción de pigmentación inmediata

Modificado de Clasificación Internacional de Fitzpatrick

Existen también diferencias en la forma de expresar distintos síntomas como cianosis y anemia que se debe considerar al evaluar a un NNA⁵⁴:

⁵⁴ Vázquez De Kartzow, R. (2024). *Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes?*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>



Cianosis



Cianosis facial y en labios en un lactante caucásico.
Foto tomada de internet

Cianosis en labios en un escolar negroide. Note la palidez en labios y mucosas. Color violáceo no es tan evidente.
Foto con autorización de Skin Deep a DFTB Project

Anemia



A la izquierda se muestra la palma de un niño afrodescendiente sin palidez. En la foto de la derecha se muestra la foto de 2 lactantes afrodescendientes diferentes, uno con palidez palmar debido a síndrome anémico en comparación con otro lactante sin anemia. Foto con autorización de Skin Deep a DFTB Project

También se ha podido establecer que las diversas razas a las cuales pertenecemos, tienen prevalencias de condiciones clínicas diversas como se expresa en la siguiente tabla⁵⁵:

⁵⁵ Vázquez De Kartzow, R. (2024). *Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes?*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>



Grupo humano Mongoloide con una mayor prevalencia de:

- Intolerancia a la lactosa. 80% de la población china
- Talasemias
- Déficit de Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa
- Hepatitis B
- Hepatocarcinoma
- Carcinoma nasofaríngeo
- Cáncer de esófago

Grupo humano Caucasoide con una mayor prevalencia de:

- Fibrosis quística
- Enfermedad de Whipple
- Colelitiasis
- Cáncer de piel
- Cáncer de mama, pero en afrodescendientes o negroides tiene una mayor mortalidad
- Cáncer testicular

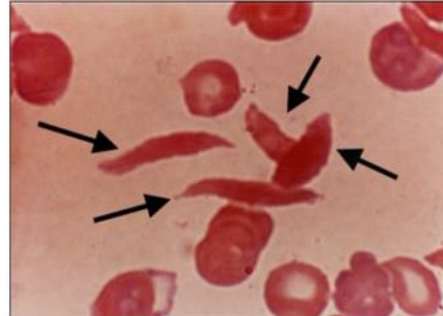
Grupo humano Negroide con una mayor prevalencia de:

- Enfermedad cardiovascular
- Hipertensión arterial con mayor morbimortalidad asociada
- Enfermedades autoinmunes
- Enfermedad de Alzheimer
- Diabetes tipo 2
- Tienen un riesgo mayor de morir por un melanoma
- Hemoglobinopatías S y C
- Hernia umbilical
- Cáncer de próstata y mayor agresividad
- Cáncer colorectal

En la población negroide existe mayor prevalencia de hernia umbilical y anemia de células falciformes

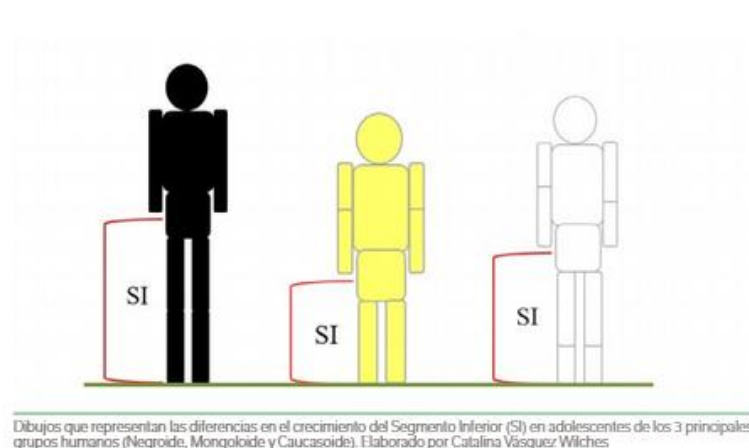
Hernia Umbilical del lactante

Frotis anemia células falciformes



En los y las adolescentes existen algunas diferencias en el crecimiento puberal que debemos reconocer⁵⁶:

- Es conocido que durante la adolescencia existe un crecimiento más o menos regular de los diferentes segmentos del cuerpo, siendo el segmento inferior (SI) el primero en crecer (se alargan las piernas) y después lo hace el segmento superior (SS) (crece el tronco y los brazos).
- Los adolescentes del grupo mongoloide (asiáticos) tienen un crecimiento menor del segmento inferior a diferencia de los adolescentes del grupo negroide o afrodescendientes que tienen un mayor crecimiento del segmento inferior
- Los adolescentes caucasoides (europeos) tienen un crecimiento intermedio comparado con los otros 2 grupos mencionados.



El segmento inferior se mide desde el borde superior de la sínfisis púbica al suelo y es el primer segmento en alcanzar su máximo crecimiento. El segmento superior se mide

⁵⁶ Vásquez De Kartzow, R. (2024). *Atención en salud de niños, niñas y adolescentes de los diversos grupos humanos: ¿Realmente somos diferentes?*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Disponible en <https://doi.org/10.34720/8836-8849>



Pediatría en Red 7

restando el valor del segmento inferior de la talla. En general, la relación SS/SI es mayor a 1 en la etapa prepuberal, de 1 al iniciar la pubertad y menor a 1 en las etapas subsiguientes.

Se ha demostrado que las niñas pertenecientes al grupo negroide o afrodescendiente tienden a tener una menarquia 6 meses antes que las niñas caucásicas.

En las niñas pertenecientes al grupo mongoloide o de origen asiático, la pubertad suele ser 1 año después que las niñas afrodescendientes.

Desde el año 2003, las Sociedades de Endocrinología Pediátrica han recomendado que se debe considerar como pubertad precoz el inicio de desarrollo antes de los 7-8 años en niñas caucásicas y antes de los 6 años en niñas del grupo negroide.

El 50-70% de los varones presentarán durante su desarrollo algún grado de ginecomastia principalmente en etapa III/IV de Tanner; este fenómeno transitorio es mucho más frecuente en el grupo caucasoide en comparación con el grupo de varones afrodescendientes.

Junto a la evaluación médica se requiere una valoración de salud mental, y de trabajo social.

En ocasiones esta debe ser apoyada por el equipo de jurídica del centro de salud, de manera de acompañar el proceso de regularización de la persona y familia migrante.

Lejos lo más importante en la niñez y adolescencia migrante, es que se les trate con el respeto que se merecen, y seamos capaces de abordar sus necesidades de salud, escuchando atentamente sus necesidades, y permitiendo que sean parte del país que les tocó vivir.

“La Medicina de la inmigración no es una medicina de parásitos ni virus raros. Es la medicina de hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes que se diferencian en la forma de expresar su sufrimiento, su modo de concebir la enfermedad, el acto médico, el dolor o la muerte. De personas que han dejado una cultura sanitaria sin haberla abandonado, y adquieren otra sin todavía comprenderla. De familias que esperan que nuestro abordaje de salud la salve de sus padecimientos, para cumplir sus sueños”.

Adaptado de R. Colasanti- II Congreso de Medicina y Emigración, Roma, 1990.



Pediatria en Red 7