

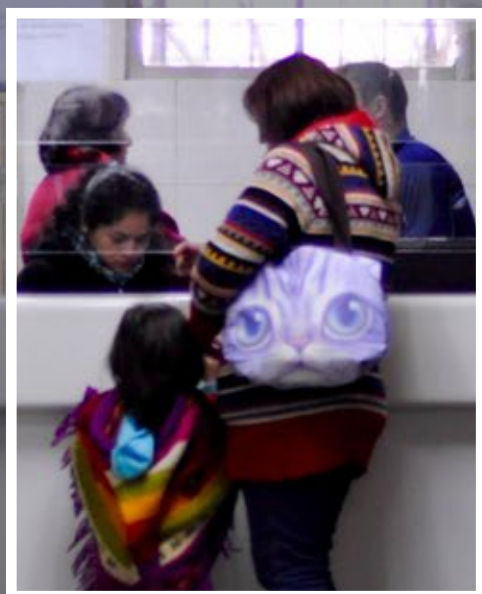


**SANTIAGO**  
Salud



Facultad de Medicina  
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

Programa de  
**Estudios Sociales**  
en Salud



Proyecto Piloto

# Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales

**Una colaboración entre:**

Programa de Estudios Sociales en Salud,  
Universidad del Desarrollo

Dirección de Atención Primaria de Salud,  
Ilustre Municipalidad de Santiago

Santiago, febrero del 2017



## Autores:

1. Báltica Cabieses, PhD, epidemióloga social, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
2. Margarita Bernal, PhD, psicóloga de la salud, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
3. Macarena Chepo, MSc(c), docente investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
4. Dra. María Teresa Escobar, MSc(c), epidemióloga, ex directora de salud, Ilustre Municipalidad de Santiago
5. Paz Bersano, MSc, Salud Pública, Coordinadora Programa Inmigrantes, Dirección de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago

## Equipo de atención:

1. Nicol Orellana, matrona, Centro de Salud Ignacio Domeyko, comuna de Santiago
2. Katherine Leyton, enfermera, docente de la carrera de Enfermería, Universidad del Desarrollo
3. Celeste Atallah-Gutiérrez, PhD, psicóloga clínica, docente investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
4. Macarena Chepo, MSc(c), docente investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
5. Báltica Cabieses, PhD, epidemióloga social, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
6. Margarita Bernal, PhD, psicóloga de la salud, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
7. Javiera Flaño, MSc, MD, docente investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
8. Ana María McIntyre, MSc, docente investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo
9. Victor Pedrero, MSc, docente investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud, facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

## Agradecimientos:

1. Directora de Cesfam Ignacio Domeyko, Dra. Sandra León Fernández
2. Dr. Blas Alid, Médico Salubrista y jefe Departamento de Epidemiología y Gestión de la Información de la Dirección de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago
3. Ayudantes de investigación de pregrado UDD: J.Pérez, M.I. Garrido, M. Vieyra, X. Molina, N. Rodríguez, D. Galindo, C. Sepúlveda

## 1. ANTECEDENTES

Existen diversos grupos que por sus características particulares de vulnerabilidad, presentan importantes inequidades en los resultados en salud, debiendo entonces ser considerados para un abordaje especial. Uno de ellos corresponde a personas inmigrantes. La inmigración es un reconocido determinante social (1). Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que esta población sea vulnerable y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública (2-5).

A nivel mundial, se estima que 200 millones de personas migran cada año (6, 7). En América Latina y el Caribe, unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país en el 2011 (8). En general, los EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región (9).

Chile ha declarado adherirse a convenios internacionales en materia de migración internacional y estas declaraciones requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios centrales y locales, junto con una oportuna evaluación.

### 1.1 La relación entre migración internacional y resultados de salud

La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014. Existen varias razones que podrían justificar que algunos grupos migrantes internacionales en Chile sean vulnerables: (i) los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo; (ii) existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular; (iii) muchos migrantes realizan remesas de sus ingresos en Chile; (iv) la evidencia internacional y nacional propone que los inmigrantes experimentan distintos grados de vulnerabilidad por la experiencia migratoria en sí misma y por condiciones de vida en el país receptor. Inmigrantes en Chile auto-reportan, en promedio, mejores resultados de salud que la población local, posiblemente por un proceso de selección natural y por la edad de quienes migran (la mayoría adultos jóvenes). No obstante, el efecto del “migrante sano” desaparece en grupos con nivel socioeconómico bajo y en quienes han residido por más de 10 años en Chile. Además, según datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud.

El país posee pocos datos estadísticos oficiales en relación a la prevalencia de enfermedades o condiciones de salud de los inmigrantes (10). Algunos estudios más recientes que abordan temas de salud y migración en Latinoamérica y Chile son los de Cabieses (11-17), Agar (18, 19), Vásquez de Kartzow (20, 21), la consultora Demoscópica (22), Fundación Instituto de la Mujer (23), la Organización Internacional de Migración (OIM) en Chile (24), Alvarado (25), la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile (26) y Yáñez y Cárdenas (27). Estos estudios, en su mayoría, reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile (los inmigrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena), pero destaca la existencia de subgrupos de inmigrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Inmigrantes con bajo nivel socioeconómico reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes y muy similar a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, más jóvenes que los chilenos (16, 17). No obstante este patrón general, hay estudios que evidencian las pobres condiciones de vida y su relación con problemas de salud mental en grupos específicos de migrantes internacionales en Chile, como lo es el caso de peruanos en el centro de Santiago (28).

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular (29, 30). En Chile según datos de la encuesta CASEN 2011, el 14% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional, de este porcentaje el mayor grupo corresponde al colombiano con un 30% del total que dice no pertenecer a ningún sistema previsional de salud, seguido por el boliviano (19%), ecuatoriano (13%) y peruano (12%). Datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud. El grupo con mayor dificultad de acceso a salud en Chile es el que se encuentra en situación irregular, de acuerdo a un estudio realizado el año 2004 por Corporación Colectivo Sin Fronteras (10).

Si bien existe evidencia de acceso a cuidado prenatal y de infancia y hasta los 18 años por parte de algunos migrantes en situación irregular, se han reportado diferencias en acceso y trato entre regiones y comunas del país que requieren de un abordaje más integral y sostenido. Se ha descrito además en resoluciones exentas del Ministerio de Salud (2014) que existe dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, esto es probablemente aún más difícil en población migrante en situación irregular. Aspectos como el trato y sentirse discriminadas desde el personal de salud ha sido reportado por mujeres embarazadas peruanas en atención primaria en nuestro país (10).

Datos de egresos hospitalarios en Chile del año 2012 indican que las principales causas de egreso en migrantes internacionales en general en Chile serían parto (48%), causas externas (9%), tumores (8%) y sistema digestivo (8%). La mayoría de las tasas de egreso se concentran en edad reproductiva y en mayores de 60 años de edad. De acuerdo a la revisión sistemática de Almeida et al el año 2013, las mujeres representan un grupo vulnerable, especialmente las mujeres inmigrantes durante el periodo de embarazo (31). La evidencia internacional propone diversas razones que dan cuenta de la especial vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes embarazadas. Entre estas destaca el menor acceso a los cuidados prenatales en mujeres inmigrantes en situación irregular (32), acceso tardío a los controles del programa de salud sexual (33), dificultades de acceso a programas de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos (32), mayor riesgo de depresión postparto (34) y riesgo de enfermedades asociadas al embarazo (35). Respecto de los países de origen de migrantes internacionales con algún egreso hospitalario el 2012, destacan los de Perú y Bolivia (10).

## 1.2. Hacia una política de salud migratoria en Chile

La migración internacional ha recibido atención a nivel comunitario, social y gubernamental en los últimos años. Existen diversos enfoques y posibles metodologías para enfrentar la elaboración de una política pública, incluyendo una política de salud. Dichas perspectivas en general se resumen en dos: (i) políticas que surgen desde el nivel de autoridad central y bajan a la comunidad (top-down approach) y (ii) políticas que surgen a través de movimientos sociales de base comunitaria y suben al nivel central (bottom-up approach). También existe una tercera alternativa que es la combinación de ambas, pero habitualmente algún polo comienza primero la abogacía por la política de interés y luego se suma el otro polo de desarrollo. El desarrollo de la reformulación actual de la política migratoria en Chile y del programa piloto de salud de inmigrantes responde históricamente al segundo caso; siendo el trabajo de organizaciones civiles y comunitarias las que han trabajado esta temática por décadas y han abogado por su atención. Sin duda que el reciente incremento de personas migrantes en Chile ha capturado la atención del nivel central y con ello surgió un trabajo mixto que ha desembocado en los avances de los últimos años.

Tal y como lo señala el Programa Piloto de Salud de Inmigrante en sus orientaciones técnicas: *“Desde un punto de vista institucional, el MINSAL priorizó el tema de migración y salud el año 2008, constituyendo el Grupo Asesor en Salud de Inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud (SIR), trabajo que se discontinuó durante los últimos años. Dentro de sus funciones estaba coordinar al sector, investigar, asesorar, proponer normativas y cursos de acción, difundir normativas y estudios, por nombrar las más relevantes...”* (36).

El Ministerio de Salud de Chile ha organizado su trabajo en mesas temáticas específicas que generan insumos para el desarrollo de la política. Las 4 mesas temáticas específicas son (36):

1. Recursos Humanos de Salud: aborda la temática de capacitación en migraciones y salud, y funcionarios de salud inmigrantes-extranjeros.
2. Fortalecimientos de la Información de Salud: busca fortalecer las estadísticas e información de salud respecto a esta población y desarrollar estudios necesarios para la toma de decisiones de política pública en esta materia.
3. Marco Normativo e Institucional: se enfoca en revisar la normativa existente, revisar evidencia y experiencias internacionales.
4. Piloto de Salud de Inmigrantes: en base al trabajo de las tres mesas citadas anteriormente, se plantea el desarrollo de un Piloto de Salud de Inmigrantes que busca reducir inequidades de acceso a salud, desarrollando estrategias desde el nivel local, que incorporen la participación ciudadana, tanto en la identificación de las dificultades como en la búsqueda de soluciones desde un inicio.

Tal como se señala en las consideraciones técnicas, las acciones del piloto están focalizadas en la Atención Primaria, pero incluye actividades en otros ámbitos también. Para el desarrollo del piloto se han definido 6 ámbitos de acción por nivel de atención de salud y tres ámbitos transversales que son generales para todos. Las presentes orientaciones están ordenadas bajo este esquema de trabajo:

- Ámbitos de Acción: Atención Primaria, Hospitales, Servicios de Salud, SEREMI, FONASA, Superintendencia de Salud.
- Ámbitos Transversales: Capacitación, Participación, Información de Salud

### **1.3. Hacia una atención inicial de salud integral centrada en la persona para población migrante en Chile**

El programa piloto de salud de inmigrantes es una excelente oportunidad de mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la creciente población inmigrante que reside en nuestro país. Se sostiene en pilares conceptuales, éticos, legales y socio-culturales pertinentes y de atención urgente, tales son: enfoque de derecho humano, enfoque de participación, enfoque de determinación social de la salud y enfoque de interculturalidad en salud.

El mayor desafío de este programa de salud del inmigrante es lograr coordinar en forma eficiente y articulada a todos los actores del modelo: nivel primario y secundario, nivel central y municipal, servicios de salud y demás entidades, etc. Su éxito permitiría que la persona inmigrante, independiente de su edad, sexo, nivel socioeconómico, ruralidad e idealmente independiente de su estatus legal en el país; pueda tener igual acceso al sistema de salud público que una persona residente en Chile. Esto responde a un necesario enfoque de garantía de acceso a salud y es equivalente a “nivelar el piso mínimo” de acceso a salud que todo ser humano en Chile merece, en especial a aquellos que experimentan algún grado de vulnerabilidad social y de salud.

Un desafío adicional y que podría ser un aporte valioso y complementario al trabajo que se está realizando en el marco del programa piloto, está vinculado a elaborar y pilotear una intervención inicial integral centrada en la persona y su familia para población migrante, que sirva de puerta de entrada al sistema de salud público con enfoque de competencia cultural y que responda en forma adecuada a las necesidades y particularidades de la experiencia migratoria en sí misma. Esto se justifica como un complemento a las prestaciones de salud que ya están disponibles de manera igual para población chilena y extranjera, responde a la reconocida causalidad entre experiencia migratoria y salud a nivel internacional y nacional.

Una atención inicial de salud integral centrada en la persona y familia para población migrante incorpora en sus pilares los mismos fundamentos conceptuales, éticos y legales y socio-culturales pertinentes y de atención urgente, tales son: enfoque de derecho humano, enfoque de participación, enfoque de determinación social de la salud; y enfoque de interculturalidad en salud. Además, suma los siguientes componentes fundamentales y de gran utilidad como primer encuentro entre persona migrante y el sistema de salud chileno: enfoque de competencia cultural en salud, enfoque de curso de vida, enfoque de proceso migratorio, enfoque de vulnerabilidad social en salud, enfoque de salud en todas las políticas; y enfoque de bienestar subjetivo en salud. A continuación se definen cada uno de ellos.

## 2. CONCEPTOS ESENCIALES

### 2.1. Pilares Conceptuales Piloto de Salud de Inmigrantes

- i. Enfoque de derecho humano: según el programa piloto de salud de inmigrantes *“El desarrollo de la Política de Salud de Inmigrantes se enmarca conceptualmente en el Enfoque de Derechos Humanos, entendiendo a los inmigrantes como sujetos de derechos y al Estado como sujeto de obligación (7). Esta orientación está presente en el Instructivo Presidencial N° 9 de 2008 sobre Política Nacional Migratoria en Chile, que sienta las bases de la política migratoria. En dicho documento se expresa la voluntad de tratar la migración desde el enfoque de derechos humanos y facilitar el proceso de inserción social y económica de los inmigrantes en nuestro país” (36).*
- ii. Enfoque de participación: es fundamental incorporar a la sociedad civil y a los mismos inmigrantes en este proceso, fortaleciendo la cohesión y a través de procesos participativos, como también las consideraciones culturales respecto a la atención de salud (36).
- iii. Enfoque de determinación social de la salud: Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. La situación migratoria en general y particularmente la irregular, se considera un determinante relevante de la salud. La población migrante está expuesta a una situación de mayor vulnerabilidad, como abusos en materia de derechos laborales, discriminación, tienen menor acceso a la educación y a la vivienda, etc. (36).
- iv. Enfoque de interculturalidad en salud: Se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural. Este enfoque debe primar a lo hora de desarrollar acciones en relación a un otro extranjero en este caso, que tienes sus propias particularidades, como un espacio de aprendizaje común (36).

### 2.2. Definiciones operativas para el modelo de atención inicial de salud integral y a medida para población migrante

- i. Enfoque de competencia cultural en salud: esta es entendida en el ámbito de la salud como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud (TS) para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último (37). Habitualmente, la necesidad de desarrollar la competencia cultural es entendida en la interacción que establecen los TS con la población de origen étnico o incluso en la interacción con inmigrantes internacionales, grupos en los cuales resulta más evidente la posible diferencia en el *background* cultural entre TS y usuario. Sin embargo, algunos autores plantean que cada interacción en el ámbito de la salud debiera considerar una adaptación cultural de las estrategias, de tal forma que las intervenciones contemplen la individualidad y el contexto social de los usuarios, apostando de esta forma al éxito en la implementación de dichas intervenciones (38).



- ii. Enfoque de curso de vida: La probabilidad de enfermar de cualquier persona en la adultez está, al menos parcialmente, pre-determinada por su familia de origen. La perspectiva de curso de vida, iniciada por medio del estudio de grandes cohortes poblacionales en países más desarrollados, indica que la prevención de factores de riesgo en la adultez exige modificar sus desencadenantes desde la vida temprana (39).
- iii. Enfoque de proceso migratorio: La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica en un momento puntual, sino que es un proceso dinámico (40). La migración se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta voluntad de permanencia (41). Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. Además, la llamada “migración circular” (42, 43) es un fenómeno reportado a nivel mundial, con grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones.
- iv. Enfoque de vulnerabilidad social en salud: El concepto de vulnerabilidad social es complejo y multidimensional. Expertos internacionales han desarrollado diferentes modelos conceptuales en torno a este fenómeno. Uno de ellos, el más utilizado en las disciplinas de medioambiente, economía y trabajo social, indican que la vulnerabilidad humana contiene al menos las siguientes dimensiones: peligros internos del grupo (ej: pobreza), peligros externos al grupo (ej: terremotos), y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (ej: organización comunitaria ante desastres) como externos (ej: políticas de Estado). La interacción entre estos componentes, según diversos autores, debería explicar en gran medida el riesgo de estos grupos de enfermar o de alterar su percepción de bienestar. Este concepto está íntimamente relacionado además con aspectos éticos, legales y económico-políticos de las sociedades en las cuales dichos grupos vulnerables se insertan. (10).
- v. Enfoque de salud en todas las políticas: Este es un enfoque que se aproxima a la salud desde la confluencia de distintos sectores que impactan en la vida y el bienestar de las personas, entre ellos vivienda, educación, trabajo. Este concepto enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en la salud de la población, buscando la sinergia y colaboración entre distintos sectores políticos y públicos. (44)
- vi. Enfoque de bienestar subjetivo en salud: El bienestar se refiere al óptimo funcionamiento y experiencia humana. Este constructo ha sido abordado desde dos perspectivas, por un lado enfocado en la felicidad y la ausencia de dolor; y por otro considerando la autorealización y el grado de funcionamiento que alcanzan las personas (45).

### 3. PILOTAJE ATENCIÓN INICIAL: CONTEXTO COMUNA SANTIAGO CENTRO

#### 3.1. Descripción demográfica del colectivo de migrantes en Chile (2002–2012) (46)

A nivel de la comuna de Santiago, el año 2002, la cifra de migrantes era 12.293 (6% del total de población de la comuna) lo que al año 2012 alcanza casi el 13% del total de la población con 40.185 migrantes, del cual el 50.7% son mujeres y 48.22% hombres. Datos de la Policía de Investigaciones (PDI) para el año 2011 confirman que Santiago es la principal concentración comunal (seguido por Las Condes, Providencia, Recoleta, e Independencia). Entre 1992 y 2002, la población extranjera que más aumento en la comuna fue aquella entre 14 a 29 años, seguida por la población entre 30 y 64 (15,6% y 9,7% medio anual, respectivamente). El periodo 2002-2012 plantea un aumento registrado en la población inmigrante menor a cinco años, grupo que varió en 229% (promedio anual de 12,6%, muy por encima de la tendencia del decenio anterior y que permitiría, eventualmente, establecer un punto de inflexión comunal).

La proyección de la población extranjera en la comuna de Santiago 2012-2018 se tradujo en una estimación conservadora de 39.222 habitantes de origen extranjero en la comuna de Santiago al año 2018, lo que representaría un aumento de 7,5% respecto del año 2012 (inferior al observado el lapso 2002-2012).

Respecto a nacionalidades, al año 2012 el 92% del total de migrantes en la comuna de Santiago lo componen 10 nacionalidades. Destaca la presencia de peruanos, quienes el 2002 eran superados por los argentinos con 21%, tanto en la comuna de Santiago como en el país y, hoy son quienes ostentan la mayor presencia en la comuna de Santiago, con un 57% del total de migrantes en la comuna, seguido por los colombianos con un 14,54%. En un tercer lugar se encuentran los ecuatorianos con 1.506 personas en la comuna, lo que equivale a un 4% y pasando de un primer lugar en el 2002 a un 4to lugar en el 2012 están los argentinos con 1.116 personas, lo que equivale a un 3,06%.

Según el censo 2012, el 36,59% de la población migrante de la comuna de Santiago declara tener un hijo, mientras que el 28,83% declara dos. Este dato no implica que dichos hijos efectivamente estén en el país, pudiendo estar muchas veces en sus países de origen.

#### 3.2. Acceso a servicios básicos

El 90,4% de la población inmigrante se encuentra al día en el control «Niño Sano» y sólo un 9,2% no está bajo control regular. Lo mismo sucede con los mayores de 60 años, donde el 80,2% de ellos asiste a controles de salud y un 18,8% no lo hace (Total 28 personas) (46).

En cuanto a las condiciones de habitabilidad del colectivo de migrantes en la comuna de Santiago para el año 2012, el 40% de los migrantes encuestados señala vivir en un departamento dentro de un edificio y con ascensor, seguido por un 23% que dice vivir en pieza en casa antigua o conventillo y otro 22% en casa pareada-. Al desagregar por colectivos, destacan las tasas de carencias habitacionales de migrantes peruanos y dominicanos, pues quienes residen en Santiago lo hacen en pieza en casa antigua o conventillo por sobre un tercio del grupo, mientras que el resto de los colectivos habita, en su gran mayoría, en edificios con ascensor.

### **3.3. Localización de la población Migrante**

Existe una distribución relativamente homogénea de los inmigrantes residentes pero que, crece en la zona norponiente y centro sur de la comuna, con un variopinto panorama de nacionalidades. Los barrios de Yungay, Balmaceda y el Centro Histórico destacan por su alta concentración de residentes migrantes, y aunque algo más atrás, los de San Vicente, Pedro Montt y Brasil también cuentan con población extranjera. En general, están cercanos a establecimientos educativos y centros de salud.

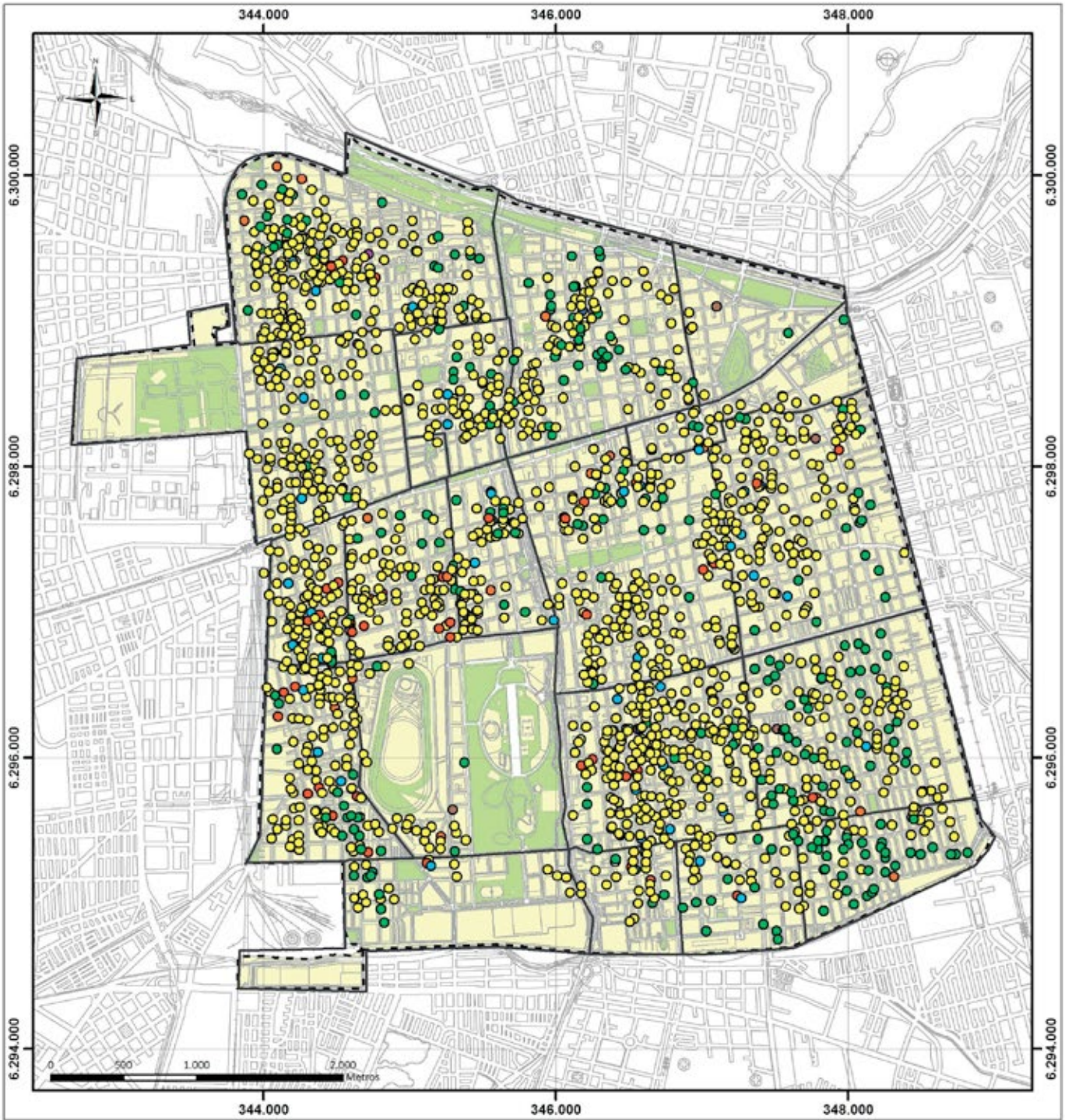
### **3.4. Salud Municipal**

En materia de salud municipal, los derechos sociales de los inmigrantes implican, como mínimo, el acceso de los migrantes regulares, en igualdad de condiciones que los nacionales, a todos los servicios que prestan los consultorios municipales; el acceso de todos los migrantes, incluso aquellos en situación irregular, a los servicios de urgencia; la atención regular, en el consultorio correspondiente, a las mujeres inmigrantes embarazadas, con otorgamiento de la visa de residencia temporaria a la que ya se ha hecho referencia, y la atención en los servicios de salud primaria a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, independientemente de su situación migratoria y de la de sus padres, tutores o representantes legales.

Respecto a la participación ciudadana de la población migrante en la comuna, la normativa vigente tiene como marco la ley N° 18.695, orgánica de municipalidades, a la cual introdujo importantes modificaciones la ley N° 20.500, sobre participación ciudadana en la gestión pública. De acuerdo con este marco legal, para abordar la participación de los migrantes se deben tener presente el aspecto normativo, referido a la ordenanza de participación ciudadana; y aspecto orgánico, referido al consejo comunal de organizaciones de la sociedad civil.

Luego de la promulgación de la ley sobre participación ciudadana en la gestión pública, se creó en cada Municipalidad el Consejo Comunal de Organizaciones de la Sociedad Civil. Este Consejo debe ser informado por el alcalde o alcaldesa acerca de los presupuestos de inversión, del Plan comunal de Desarrollo y sobre las modificaciones al plan regulador, pudiendo formular observaciones al respecto; debe pronunciarse sobre la cuenta pública anual del alcalde o alcaldesa, sobre la cobertura y eficiencia de los servicios municipales y sobre toda materia que haya sido establecida como relevante por el concejo comunal.

Para el año 2012 cerca del 11,7% de la población potencialmente demandante de los principales servicios de salud habría correspondido a población inmigrante. Las proyecciones propuestas estiman que al año 2018 el porcentaje de participación de la población inmigrante en las principales especialidades médicas ascendería a 15,4%. La atracción de inmigrantes responde más a una economía que demanda trabajo, eventualmente unido a un regreso a sus países de origen una vez concluida la etapa laboral.



**Legenda**

Nacionalidad	N°	Nacionalidad	N°	Nacionalidad	N°
Argentina	48	Canadiense	1	Urutana	1
Boliviana	71	China	7	Marroquí	3
Colombiana	460	Costariense	1	Mexicana	1
Ecuatoriana	133	Cubana	10	Pakistani	1
Española	20	Dominicana	28	Panamense	2
Mexicana	1	Estadounidense	5	Paraguaya	4
Peruana	1655	Salvadoreña	1	Checa	1
Uruguayana	7	Haitiana	4	Rusa	3
Venezolana	13	Inglesa	2	Suiza	1
Alemana	1	Italiana	1	Total	2493
Brasileña	5	Japonesa	2		

Carta Base	
—	Calles
- - -	Límite Comunal
□	Límite Barrios
■	Áreas Verdes

Fuente Información Base:  
 Plan Regulador Comunal de Santiago 2013  
 Información Cartográfica:  
 Proyección UTM  
 Sistema de Referencia WGS84 Huso 19S

**Lugar de Residencia  
 Migrantes (Junio, 2014)  
 Comuna de Santiago**



## 4. PROPÓSITO DE ESTE PROYECTO PILOTO

El propósito de este proyecto es contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población migrante internacional en Chile, por medio de:

1. Brindar un servicio de acogida y bienvenida al sistema de salud en Chile a la población migrante recién llegada, que tenga como objetivos recabar información de los individuos y sus familias en torno a proceso migratorio, antecedentes de salud y creencias culturales;
2. Informar sobre aspectos básicos del funcionamiento del sistema de salud y otros servicios básicos de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

La información obtenida permitirá fortalecer la ficha clínica individual y familiar en el sistema de salud primaria, permitiendo de esta forma que los trabajadores de la salud conozcan los antecedentes y las necesidades de los nuevos usuarios que ingresan al sistema.

## 5. ACERCA DEL MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención diseñado para Atención Primaria en Chile (Figura 1), actualmente denominado “Modelo de Atención Integral de Salud” comenzó a aplicarse a partir de la creación de los Centros de Salud Familiar desde el año 1997 y con mayor extensión a todo Chile tras la Reforma de salud desde el 2005 (1). Este modelo, de carácter familiar y comunitario, explica la atención de salud como *“un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado.”*

Figura 1: Principios del Modelo de atención integral de Salud Familiar y Comunitaria



Dentro de este Modelo se reconocen tres principios irrenunciables para un sistema de salud basado en APS: (1) Centrado en las personas (2) Integralidad de la atención y (3) que otorgue continuidad del cuidado. Todos estos componentes han sido considerados en la atención inicial que se realizará a la comunidad migrante.

## 5.1. Componentes de la atención inicial integral de salud

Dice relación con los productos concretos esperados de la atención inicial:

- Diagnóstico de situación. A través de instrumentos de evaluación cuantitativa (escalas) y cualitativas (entrevista en profundidad) se detectarán las necesidades concretas y urgentes del usuario migrante y su grupo familiar.
- Entrega de información esencial a persona inmigrante. Al finalizar la entrevista y detección de necesidades se entregará información básica respecto a al menos los siguientes puntos: funcionamiento y organización del sistema de salud, funcionamiento y acceso al sistema educacional (si es pertinente), marco regulatorio básico en torno a migración, y antecedentes básicos en torno a vivienda.
- Referencia a otras atenciones según necesidad. Considerando las necesidades individuales y familiares en cada caso se realizará derivación directa a los programas ofrecidos por el servicio de salud, ejemplo: atención de usuarios con condiciones crónicas de salud, atención de salud mental, atención de niño sano, programa ampliado de inmunización, entre otros.
- Síntesis y reporte para trabajadores de salud primaria sobre el caso, el cuál será incluido en la ficha clínica del servicio de salud primaria.

## 5.2. Ámbitos a evaluar en la atención inicial integral de salud

Dice relación con el tipo de información que se levantará:

- Necesidades sobre competencia cultural en salud: La detección de este tipo de necesidades tiene por objetivo realizar una adaptación de las estrategias en salud orientándose a las creencias, conductas y motivaciones específicas de cada familia migrante. Entre la temáticas que se indagarán se encuentran: creencias en torno a autocuidado en salud y cuidado familiar; creencias en torno a nutrición; creencias en torno a embarazo, parto y crianza temprana; y creencias en torno al cuidado de los niños y las personas mayores.
- Necesidades de derivación (enfoque salud en todas las políticas): Se detectan necesidades de derivación a la red formal de salud y también hacia otros sectores tales como educación o departamento de extranjería, entre otros, favoreciendo la sinergia y la colaboración entre distintos sectores.
- Historia de curso de vida: Se privilegiará un enfoque de curso de vida durante la entrevista en profundidad, tanto a nivel individual como familiar, con el propósito de entender las necesidades que surjan desde el modelo conceptual de determinación social de la salud.
- Historia de proceso migratorio: Se indagará en el proceso migratorio completo individual y familiar, desde el momento previo a tomar la decisión de migrar, el proceso y la experiencia de migración y el proceso de asentamiento.

Tanto los componentes del modelo de acción como los ámbitos a evaluar se resumen en el modelo de atención inicial integral para inmigrantes que aparece a continuación (Figura 2).

El Cuadro 1 resume el modelo de atención inicial integral de salud para inmigrantes de acuerdo a pilares conceptuales, definiciones operativas y el abordaje concreto del plan de atención de este proyecto.

La Figura 3 describe el flujograma de este modelo de atención inicial integral de salud para inmigrantes, desde la perspectiva del migrante y su acceso a salud.

## 6. EL PROTOCOLO Y FICHA DE ATENCIÓN

A partir del modelo de atención presentado, se elaboró una ficha o protocolo concreto de atención para el Plan de Atención Inicial del Migrante Internacional en centros de atención primaria de la Municipalidad de Santiago.

Esta ficha de atención incluye recomendaciones internacionales estándares en competencia cultural en salud, información fundamental del protocolo estándar de atención de salud familiar, y elementos adicionales relevantes para el proceso migratorio.

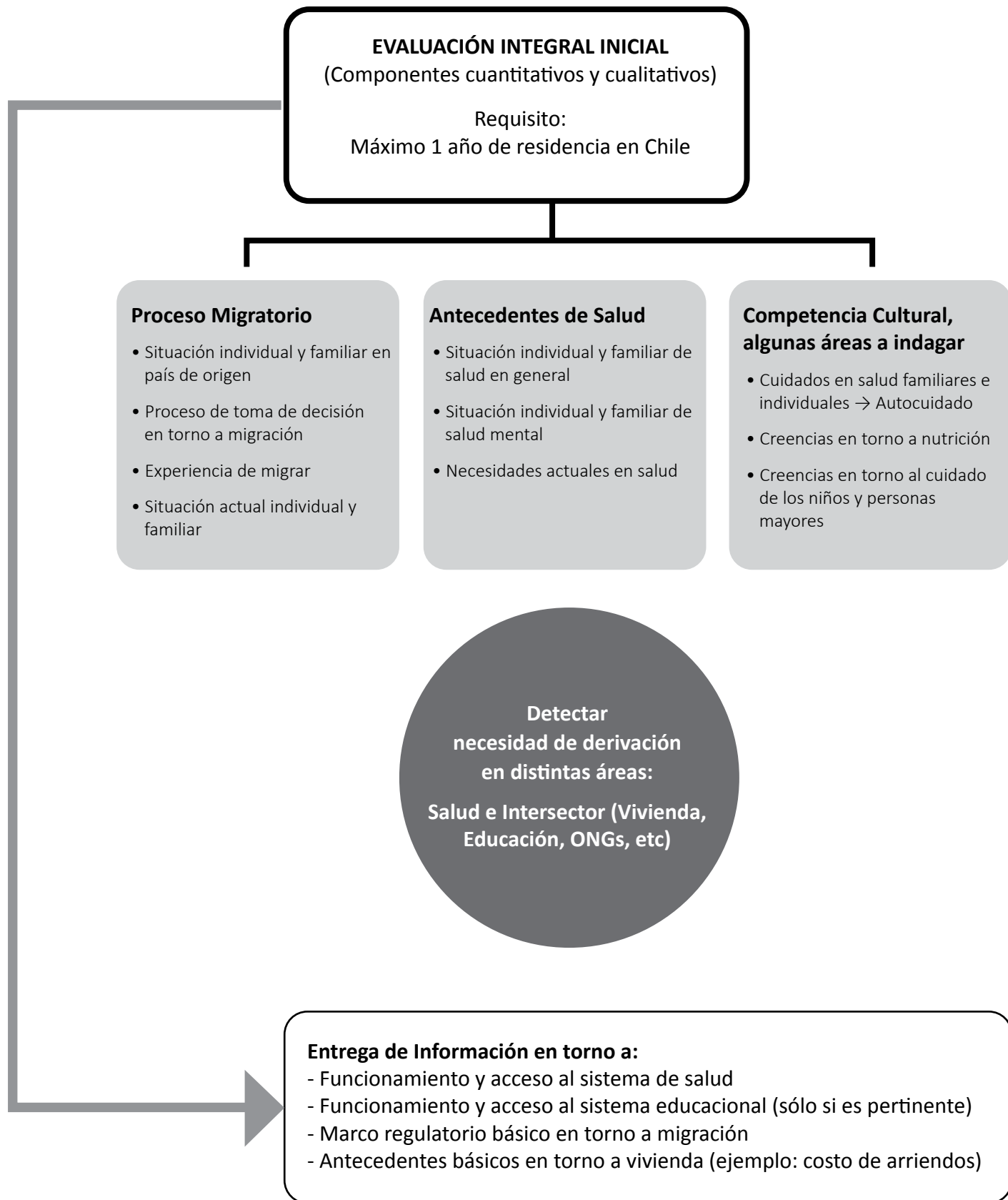
Es importante señalar que una vez elaborada la ficha preliminar de atención, esta se contrastó con un **levantamiento rápido de información acerca de lo que los trabajadores de salud primaria**, de distintos estamentos, perciben como necesarias de levantar en población migrante para mejorar su atención. Se recopiló percepciones de parte de personal primario médicos, enfermeros, matronas, asistentes sociales, dentista, kinesiólogo, nutricionista, psicólogo. Esto se realizó en forma presencial o telefónica con líderes de cada estamento durante el mes de marzo del 2016.

Cada estamento entregó en promedio 6 a 8 aspectos a indagar en población migrante que son de especial relevancia para su atención en el centro de salud. Cada uno de estos aspectos fue contrastado con la ficha preliminar, la cual fue mejorada para alcanzar una versión final para iniciar la fase de pilotaje de este plan de atención.





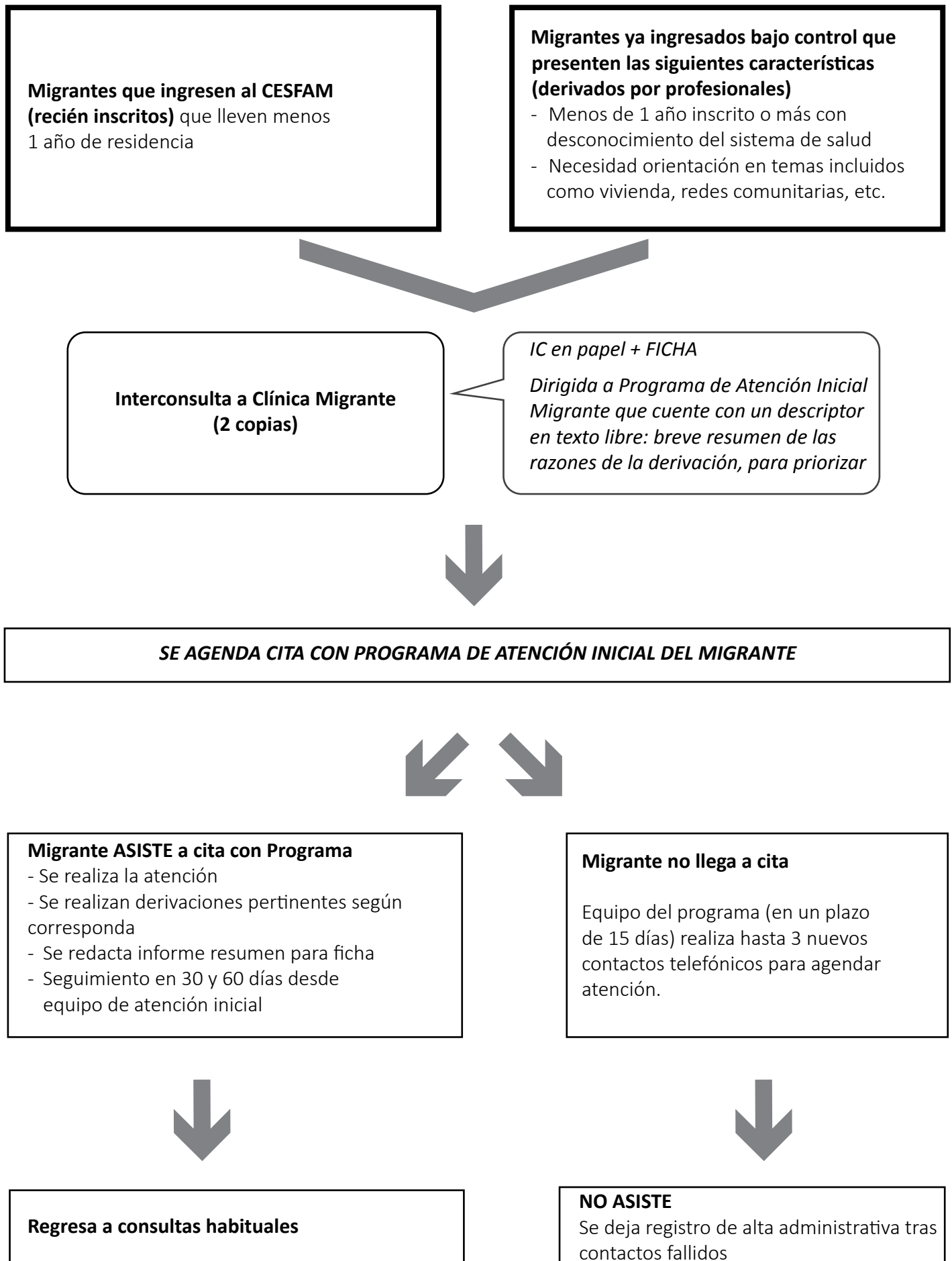
Figura 2. El modelo de atención inicial integral de salud de inmigrantes



**Cuadro 1. Intersección entre pilares conceptuales, definiciones operativas y el modelo de atención inicial integral de salud de Inmigrantes**

Modelo Salud Familiar	Pilares Conceptuales Piloto Salud Inmigrantes	Definiciones Operativas	Abordaje en el Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Inmigrantes
Modelo centrado en la persona	Enfoque de derechos humanos	Enfoque de Competencia Cultural en Salud	Se evaluarán áreas específicas en torno a competencia cultural, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados en salud familiares e individuales → Auto-cuidado</li> <li>• Creencias en torno a nutrición</li> <li>• Creencias en torno a embarazo, parto, crianza temprana</li> <li>• Creencias en torno al cuidado de los niños y personas mayores</li> </ul>
	Enfoque de participación	Enfoque de Curso de Vida	Se indagará en enfoque de curso de vida individual y familiar del inmigrante
Integralidad de la atención	Enfoque de determinación social de la salud	Enfoque de Proceso Migratorio	Se indagará en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación individual y familiar en país de origen</li> <li>• Proceso de toma de decisión en torno a migración</li> <li>• Experiencia de migrar</li> <li>• Situación actual individual y familiar</li> </ul>
		Enfoque de Vulnerabilidad Social en Salud	Se evaluarán condiciones de vida del migrante y su familia que lo sitúen en posición de vulnerabilidad social (ejemplo: condiciones de vivienda, hacinamiento, etc)
Continuidad del cuidado	Enfoque de interculturalidad en salud	Enfoque de Salud en Todas las Políticas	Se detectarán necesidades en distintos ámbitos y se realizará derivación oportuna al área salud e intersector.
		Enfoque de Bienestar Subjetivo	Se indaga en las necesidades específicas individuales y familiares, y se plantearán objetivos específicos para el logro de mayor bienestar.

Figura 3. Flujograma de acceso al Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Inmigrantes



## 7. EVALUACION DEL PILOTO

### 7.1. Descripción del piloto

El piloto se implementó desde el 03 de mayo al 28 de diciembre. El horario de funcionamiento del programa era los días martes y miércoles desde las 17 a las 20 hrs, originalmente con 12 cupos de atención semanales (mayo a julio), para luego ampliar la 16 cupos semanales (agosto a diciembre). Los pacientes eran captados por personal del SOME central cuando solicitaban ingreso a alguna actividad del centro de salud. Posteriormente se agendaban vía electrónica en el horario ya descrito.

Las atenciones fueron brindadas por parte de un equipo de salud entrenado, pertenecientes a una funcionaria del centro de salud Domeyko (matrona) y profesionales representantes del Equipo de Estudios Sociales en Salud (médico, enfermeras y psicólogas).

La atención de salud contemplaba:

- i) Evaluación integral inicial (con componentes cualitativos y cuantitativos), las que contenían:
  - a. Recomendaciones para el evaluador
  - b. Antecedentes del proceso migratorio
  - c. Condiciones de Vida
  - d. Antecedentes de Salud
  - e. Necesidades de salud percibidas
  - f. Competencia Cultural
- ii) Diagnóstico de situación y detección de necesidades y
- iii) Entrega de información y referencia a otras atenciones según corresponda.

Las atenciones se registraron electrónicamente en Ficha OMI, disponible abiertamente para cualquier profesional del CESFAM que lo requiriera.

Una vez finalizada la atención, se entregaba un breve cuestionario de satisfacción usuaria, auto-aplicado, que evaluaba en escala de “muy satisfecho” a “poco satisfecho” la atención recibida en cuanto a: espacio físico, tiempo dedicado a la atención, comunicación y lenguaje profesional, las preguntas realizadas, el trato recibido y el haber obtenido la atención que esperaba.

## 7.2. Metodología de evaluación del piloto

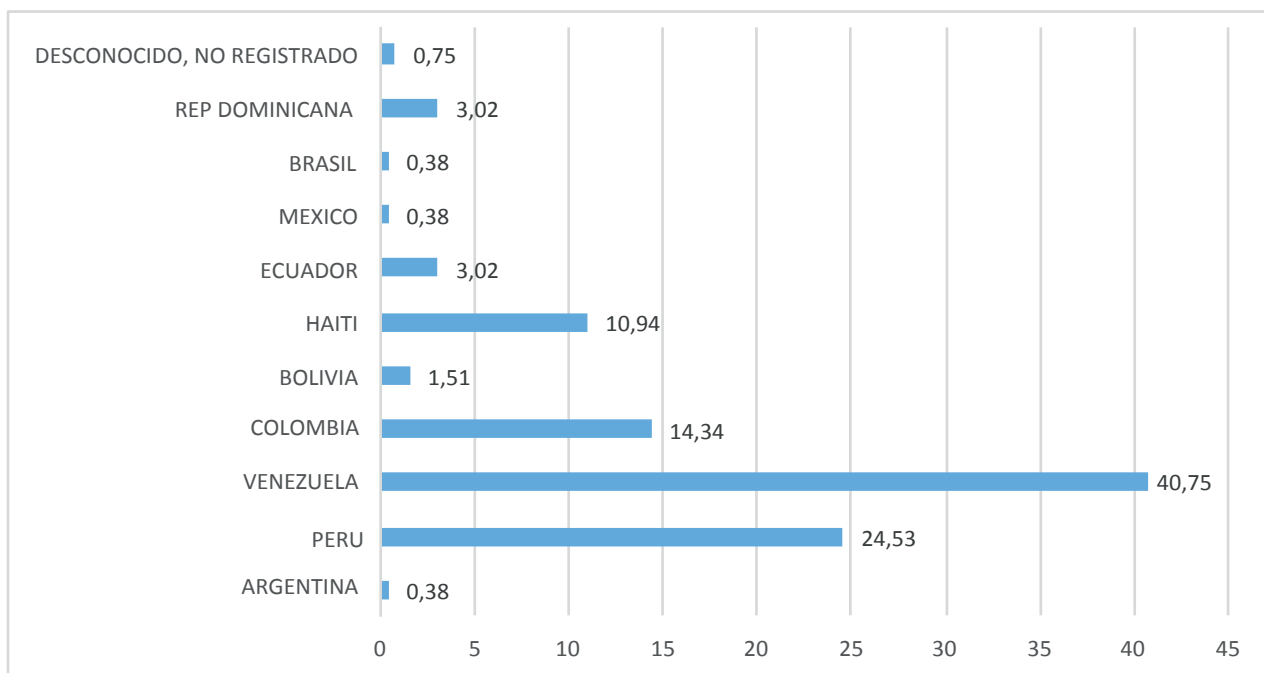
El piloto se evaluó considerando los siguientes aspectos:

1. Análisis de datos obtenidos en la evaluación integral inicial
2. Análisis y seguimiento de derivaciones a 30 días de realizada la atención de salud.
3. Análisis de encuesta inmediata de satisfacción usuaria
4. Encuesta virtual a funcionarios del CESFAM Domeyko tras 10 meses de implementado el piloto
5. Análisis de instrumento aplicado para la realización de la evaluación integral inicial por parte de los profesionales que realizaron las atenciones de salud

## 7.3. Análisis de datos obtenidos en la evaluación integral inicial

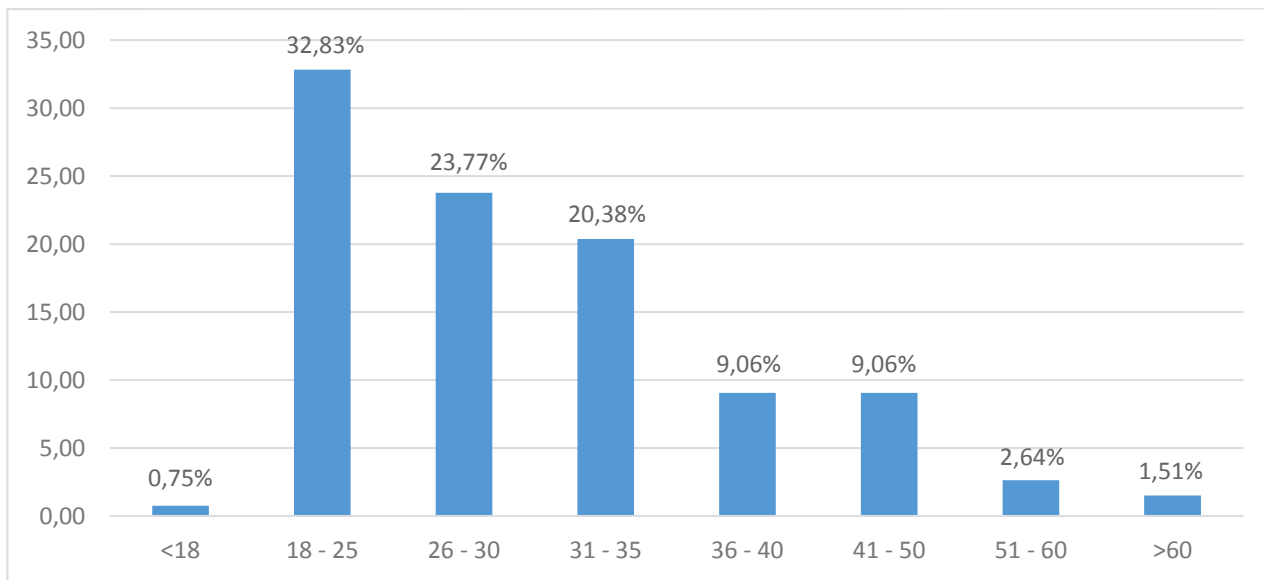
Para completar esta evaluación se revisaron dos fuentes: una revisión manual de cada paciente agendado, tras un mes de implementada la evaluación y una base de datos final enviada por parte de la Unidad de Gestión Estadística del Departamento de Salud de la Municipalidad de Santiago, que contenía el consolidado de pacientes agendados durante el periodo de implementación del piloto. Por profesional, las atenciones fueron realizadas por matrona (49,82%), Enfermera (29,15%), psicólogo (20,30%) y médico (0,84%). De 432 inmigrantes agendados, 265 asistieron (61,48%). Un 82,64% fueron mujeres, la mayoría procedentes de Venezuela (40,75 %), Perú (24,53 %) y Colombia (14,34%).

**Grafico 1. Distribución según país de origen**



Las edades más frecuentes eran menores de 30 años (18 a 25 años 32,83% y 26 a 30 años 23,77%). Respecto a las condiciones de ingreso, un 95,57% señaló ingresar por pasos fronterizos legales. El estatus migratorio mayoritario fue “visa en trámite” (53,96%), seguido de visa turista (26,04%) y situación irregular (11,7%).

**Grafico 2. Distribución % edad**



En relación a la experiencia migratoria (tabla 1), la mayoría de los pacientes la definen como “buena” o “tranquila” (49,07%). A lo momento de calificar con una nota, en una escala de un 1 a un 7, la nota más frecuente fue de 7,0 (29,15%) seguido de un 6,0 (24,72%). Respecto a las dificultades que que señalaron enfrentar en este proceso, destacan la cantidad de horas de viaje para llegar a Chile y particularmente a Santiago (11,44%) y sentimientos de tristeza por dejar a la familia atrás (9,59%).

Respecto a los motivos de migración mencionados por los pacientes (tabla 2), se encuentran: búsqueda de trabajo (33,21%), mejores oportunidades (30,26%), conflictos civiles y armados en país de origen (29,52%). Al preguntarles a los pacientes los motivos de haber elegido Chile como país de destino, la respuesta más frecuente fue “reencuentro con otros familiares que ya residían en el país” (39,85%), seguido de “mejores oportunidades laborales” (19,19%) y la “economía y estabilidad del país” (18,82%).

**Tabla 1: Experiencia Migratoria**

Experiencia Migratoria	n	%
“Tranquila” /”Buena Experiencia”	133	49,07
Dificultades al llegar, particularmente en búsqueda de vivienda y trabajo	16	5,9
Experiencia triste por dejar familia atrás	26	9,59
Dificultades en la adulta por exceso de burocracia	6	2,21
Dificultades en idioma	2	0,73
No contesta/en blanco	9	3,32
Otro	43	15,86

**Tabla 2: Motivos de Migración**

Experiencia Migratoria	n	%
Búsqueda de trabajo	90	33,21
Necesidades de dinero	51	18,82
Mejores Oportunidades	82	30,26
Calidad de Vida	38	14,02
Conflictos civiles y armados en país de origen	80	29,52
Reencuentro con Familiares ya residentes en Chile	35	12,92
Embarazo	3	1,11
Inseguridad en país de origen	17	6,27
Otro	25	9,23

Respecto a las condiciones socioeconómicas, el ingreso mensual promedio declarado fue de \$312.690, encontrándose el tramo más frecuente entre \$250.001 y \$350.000 (20,3%). Un 24,35% de los pacientes señaló no percibir ingresos y estar viviendo de ahorros y ayuda de familiares y/o amigos. Un 25,73% de los pacientes entrevistados señaló enviar algún porcentaje de remesas (envío de dinero al país de origen), dentro de las cuales destaca como principal mayoría el envío entre un 11 y un 20% de su sueldo (9,23%) (Tabla 3 y 4).

**Tabla 3. Distribución % del ingreso**

INGRESO MENSUAL	n	%
Sin ingresos/ahorros/ayuda de familiares	66	24,35
\$1 a \$250.000	34	12,55
\$250.001 a \$350.000	55	20,30
\$350.001 a \$450.000	26	9,59
\$450.001 a \$550.000	21	7,75
\$550.001 a \$650.000	15	5,54
\$650.001 a \$750.000	8	2,95
\$750.001 a \$850.000	7	2,58
\$850.001 a \$950.000	2	0,74
\$>950.000	6	2,21
no sabe/no responde	21	7,75

**Tabla 4. Distribución % de las remesas**

REMESAS (% de sus ingresos)	n	%
No envía	201	74,17
1-10%	8	2,95
11-20%	25	9,23
21-30%	9	3,32
31 a 40	17	6,27
41 a 50	5	1,85
51% y +	6	2,21

Respecto a las condiciones de vivienda (tabla 5), un 50,18% refirió vivir en una vivienda arrendada. Respecto a la habitabilidad, la gran mayoría señaló vivir sin hacinamiento (63,47%) mientras que en hacinamiento crítico un 3,69%. Un 17,71% señala no sentirse seguro en el espacio donde viven, argumentando que la planta física es riesgosa/inadecuada/deficiente en un 45,83% de los casos, seguido de un barrio peligroso (18,75%).

**Tabla 5. Distribución tipos de vivienda**

TIPO VIVIENDA	n	%
Pieza arrendada	111	40,96
Vivienda en arriendo	136	50,18
Vivienda propia	3	1,11
Otra	13	4,80
No sabe/no contesta	8	2,95

**Tabla 6. Distribución del grado de hacinamiento**

HACINAMIENTO	n	%
Sin hacinamiento	172	63,47
Hacinamiento Moderado	75	27,68
Hacinamiento Crítico	10	3,69
No sabe/no contesta	14	5,17

Al momento de indagar respecto a experiencias de discriminación en Chile, tanto hacia ellos o familiares, si bien la gran mayoría respondió que “no” (66,70%), un alarmante 19,56% respondió que “sí”, siendo lugares frecuentes la calle, el trabajo y locales comerciales. Normalmente las experiencias se traducían en insultos, no entrega de servicios, negativa al postular a trabajos, entre otros. Algunas de las respuestas fueron:

**Tabla 7: Relatos de discriminación en Chile**

<i>“Si, me he sentido discriminada, en 2 ocasiones: en la feria: en una fila me faltaron el respeto y me dijeron déjeme pasar porque yo estoy en mi país y en el metro, me culparon de robarme un celular”</i>
<i>“Mi hermanita no se quiso cambiar a una escuela con solo niños blancos, sin niños de su color.</i>
<i>“por ahora no, un canal nacional chilevisión sacó un programa fuerte sobre colombianos. donde nos catalogaban como sicarios. inclusive, que ahora a gente nos tiene miedo, desconfianza. lo vi por internet.”</i>
<i>“Si, fui a comprar a la vega y pregunté por el precio de un producto y me dijeron que no le vendían a extranjeros”</i>



<i>Sí, en el supermercado, le pregunté a una reponedora cual era nombre de los aguacates, y ella le respondió que en Chile solo se hablaba español. Sin dar respuesta a mi pregunta”</i>
<i>“He vivido situaciones de discriminación, sobre todo cuando he solicitado trabajo. Normalmente me confunden con colombianas y le dicen que no le dan trabajo a colombianas.”</i>
<i>“Si. Cuando camina por las calles o cuando solicita trabajo me han dicho que me devuelva a mi país. En un trabajo que tuve de asesora del hogar en Stgo, mi jefa me trataba mal, la hija de mi jefa (adolescente) decía que los colombianos eran ladrones. Por estas razones decidí renunciar”</i>
<i>“si, en un parque las personas se alejaron de donde estábamos con mi hijo”</i>
<i>“Con todas mujeres chilenas, todas las mujeres creen que le van a robar a sus maridos, no les gusta como me visto...”</i>
<i>“si, en un restaurante una señora no me quiso atender por ser colombiana”</i>
<i>“si. (no quiso contar.. empezó a llorar) yo estaba buscando trabajo, y me dijeron que dijera que soy venezolana. pero no puedo mentir. y la señora donde trabajaba se enteró que soy colombiana y me tiró como un perro en la calle. con maletas y todo. y no me pegó el día. porque unos colombianos la ahorcaron, y le robaron.”</i>
<i>“si, en la PDI, me dijeron que los peruanos tenían la costumbre de no trabajar aquí en Chile”</i>
<i>“si, en tiendas que ofrecen trabajo, entro y no me dan trabajo, dicen esta completo, yo creo q es por mi color de piel o mi forma de ser”</i>
<i>“si. un día fuimos a comer con una amiga. la atención era pésima, y nos dijeron que no atendieron a inmigrantes peruanos. vendía comida peruana.”</i>
<i>“Violencia en las calles, le han dicho que se devuelva a su país.”</i>
<i>“si, aquí son muy discriminativos contra los negros. incluso, mi jefa a veces me siento que no me aguanta. no le pone atención a uno.”</i>

Respecto a la atención de salud, los motivos de consulta más frecuentes fueron controles preventivos (52,83%) y embarazo (32,08%). Respecto a la autoevaluación de salud, para el caso de la pregunta *¿Cómo califica su estado de salud actual?*, la respuesta más frecuente fue nota 7 (31,37%), seguido de nota 6,0 (23,62%). La salud mental fue evaluada nota 7 en el 37,64% de los casos. El sistema de salud chileno fue más frecuentemente evaluado con nota 7 (31,37%).



## 7.4. Análisis y seguimiento de derivaciones a 30 días de realizada la atención de salud.

La mayoría de las derivaciones fueron a atención prenatal (32,08%), controles preventivos con matrona (29,81%) y trabajadora social (27,17%).

**Tabla 5: Distribución de las derivaciones realizadas**

DERIVACIONES REALIZADAS	n	%
Matrona ingreso embarazo	85	32,08
Trabajadora Social	72	27,17
Matrona Planificación Familiar	79	29,81
Medico morbilidad	28	10,57
Medico salud mental	7	2,64
Control sano/Ficha CLAP	38	14,34
EMPA	53	20,00
Exámenes	12	4,53
Baciloscopia	3	1,13
Urgencia (sapu-dental)	6	2,26
Control Crónicos	5	1,89

El mayor % de cumplimiento se encuentra en la derivación a control prenatal (94,11%), seguido de control programa crónicos (80%) y consulta con Trabajadora social (75%). Las derivaciones que tienen más bajo cumplimiento fueron a baciloscopía (0%), urgencia (33,3%) y EMPA (43,4%).

**Tabla 6: Distribución de las derivaciones realizadas**

DEMANDAS SATISFECHAS (CALCULADA A PARTIR DE DERIVACIONES)	n	%
Matrona ingreso embarazo	80	94,11%
Trabajadora Social	54	75,00%
Matrona Planificación Familiar	48	61%
Medico morbilidad	19	67,85%
medico salud mental	0	0,00%
Control sano/Ficha CLAP	23	60,52%
EMPA	23	43,39%
Exámenes	9	75%
Baciloscopía	0	0,00%
Urgencia (sapu-dental)	2	33,30%
Control Crónicos	4	80,00%

## 7.5. Análisis de encuesta inmediata de satisfacción usuaria

La encuesta de satisfacción usuaria fue aplicada inmediatamente post atención. Este instrumento, de autorespuesta, pretendía medir mediante una escala que iba desde “nada satisfecho” a “muy satisfecho”, la percepción del paciente tras recibir su atención.

Se pudieron recolectar un total de 146 instrumentos. En su mayoría, los pacientes evaluaron como “muy satisfecho” a todos los elementos del cuestionario: espacio físico (73,55%), el tiempo dedicado a la atención (82,19%), la comunicación y el lenguaje profesional (92,47%), las preguntas que se realizaron durante el control (80,82%), el trato del profesional (95,2%), la limpieza/higiene del lugar (81,51%). Frente a la pregunta ¿Obtuvo la atención que esperaba en esta oportunidad?, la respuesta fue “sí” en un 95,58% de los casos.

**Tabla 7: Distribución de los items de Encuesta de Satisfacción Usuaría**

Indicador	Muy Satisfecho		Satisfecho		Poco satisfecho		Nada Satisfecho		En blanco	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El espacio físico de la atención	108	73,97	34	23,28	4	2,74	0	0	0	0
El tiempo dedicado a la atención	120	82,19	26	17,81	0	0	0	0	0	0
La comunicación y lenguaje del profesional	135	92,47	9	6,16	2	1,37	0	0	0	0
Las preguntas que se le hicieron	118	80,82	27	18,49	1	0,68	0	0	0	0
El trato del profesional	139	95,20	7	4,79	0	0	0	0	0	0
La limpieza/higiene del lugar	119	81,51	27	17,3	0	0	0	0	0	0
Obtuvo la atención que esperaba	Si= 96,57% (n=141)				No= 0,68% (n=1)				4	2,74

## 7.6. Encuesta virtual (survey monkey) la funcionarios del CESFAM Domeyko tras 10 meses de implementado el piloto

Durante el mes de diciembre del 2016, se envió vía mail a los jefes de sector y directivos del CESFAM Domeyko, una encuesta electrónica que contenía 10 preguntas de alternativas y respuesta simple, las que buscaban indagar su percepción de aspectos generales de implementación del Programa, cuyos resultados se detallan a continuación:

- Un 100% de los encuestados considera que el tema migración y salud es importante en el CESFAM Domeyko (n=11).
- Un 66,67% de los entrevistados reconoció como importante la existencia de un programa de bienvenida en el CESFAM Domeyko.
- 45,45% de los encuestados (n=5) reconoció al programa piloto como parte de los programas o protocolos específicos de atención de salud migrante actualmente implementados en el CESFAM Domeyko. En un 80% de los casos se señala haber utilizado la información disponible de dicho programa.

Para aquellos que respondieron no conocer ningún programa de salud migrante, se indagó si les parecía relevante incorporar algún programa de estas características. Las respuestas obtenidas fueron (n=3):

*“Deberíamos contar con personas que nos acercaran a la población migrante”*

*“No debiese existir un Programa diferente, es importante incorporarlos a los Programas existentes en Chile”*

*“Me parece muy relevante, sobretodo entregar toda la información disponible de apoyo en área legal-social-salud y beneficios que pueden optar.”*

- Respecto a la evaluación del protocolo de atención propiamente, se indagó por la percepción respecto a su extensión, utilidad, relevancia y facilidad de revisión. Lamentablemente la gran mayoría de los entrevistados señaló no conocerlo (57,14 % al 62,5%)
- En un 55,56% de los casos se reconoció como “muy bueno” el horario de funcionamiento del piloto (martes y miércoles de 17 a 20 hrs.). Respecto a la cantidad de cupos (16), un 62,5% de los entrevistados lo evaluó como “bueno”.
- En relación a una eventual incorporación de atenciones dentro del horario de funcionamiento normal del centro, un 55,56% de los entrevistados lo consideraba necesario, mientras que un 44,44% consideraba que, a pesar de ser necesario, era complejo por falta de espacio.
- Respecto a las actitudes de los trabajadores de salud hacia los migrantes en este centro, la “amabilidad” y el “trato no discriminatorio fueron reconocidos como “buenos” en un 62,5% de los casos, mientras que la comunicación asertiva en un 37,5% fue identificada como “deficiente”.
- Al momento de indagar respecto al interés por recibir entrenamiento o capacitación respecto a salud y migración, un 87,5% de los entrevistados se mostro interesado. Las preferencias de temáticas se distribuyen de la siguiente manera:
  - a. Competencia Cultural en migración internacional: 28,57%
  - b. Migración como Determinante Social de la Salud: 85,71%
  - c. Políticas de Salud para inmigrantes en Chile: 57,14%
  - d. Migración internacional y derechos humanos: 71,43%
  - e. Equidad y salud migrante: 57,14%
  - f. Plan Piloto Programa Migrantes MINSAL: 57,14%
  - g. Salud Mental y Migración: 57,14%
  - h. Culturas y costumbres de países con mayor presencia en el centro: 57,14%
  - i. Otro: *“sensibilizar a las/os funcionarios de salud respecto a la migración, lo difícil para las personas o familias salir de sus países de origen y venir a un lugar totalmente desconocido y sin redes de apoyo”*

## **7.7. Análisis de instrumento aplicado para la realización de la evaluación integral inicial por parte de los profesionales que realizaron las atenciones de salud.**

- **OPINIÓN DIRECTA DEL EQUIPO:** Se considera un programa integral, pertinente y bien organizado. El equipo del programa rescata en especial los siguientes puntos:
  - Gran aporte que el equipo de atención sea interdisciplinario, apoyo mutuo y colaboración permanente
  - Gran aporte de un miembro del equipo que fuese inmigrante
  - Matrona tuvo un rol crítico para mujeres embarazadas
  - Protocolo en general muy bueno, bien estructurado y claro
  - Resumen final de gran utilidad para la revisión de los TS del centro
  - Libro Municipal salud de migrantes excelente, gran apoyo y complemento a la atención, se comparte entre migrantes
- **FEEDBACK DE ASISTENTES:** Bien evaluado por los asistentes, muy agradecidos. De acuerdo a lo expresado espontáneamente por ellos la atención:
  - Reduce angustia y tensión de extranjeros recién llegados y en particular en el caso de embarazo.
  - En general agradecen sentirse escuchados y bienvenidos.
  - El plan empodera a los migrantes al explicitarles a cada uno de ellos que de alguna manera en esta sesión tienen la oportunidad de representar a su comunidad, familia y a sí mismos al señalar qué necesitan para aumentar su bienestar y salud en Chile.
  - Los migrantes dicen que la idea de dar la bienvenida al sistema de salud es excelente
  - Algunos asistentes llegaron por buenos comentarios de otros migrantes sobre este programa
  - Este programa permite romper mitos de acceso y trato en salud en Chile, incluyendo acceso a personas en situación irregular
- **FEEDBACK TRABAJADORES (TS) DE SALUD DEL CENTRO:** De acuerdo a la experiencia del equipo de atención de este programa, los TS del centro de salud eran muy cálidos y receptivos, incluyendo a los administrativos que daban las horas y el resto del personal.

## Aspectos por mejorar:

---

- Conocer y aumentar comunicación con los equipos de salud del centro
- Aumentar puntos fijos físicos en Chile que permitan resolver dudas y entregar información general a migrantes internacionales de manera permanente, además de apoyo telefónico y vía Web, por ejemplo en PDI, Extranjería y centros de salud y hospitales
- Aspectos específicos del Protocolo electrónico que fueron desafiantes: ítem evaluador, pregunta motivo de consulta, ocupación y trabajo, salud mental, competencia cultural, checklist de la vivienda, preguntar follow up-email y fono
- No se conoce el protocolo por los otros TS del centro, falta dar a conocer y vincular
- Derivaciones no están funcionando en especial urgencias de salud mental
- Idioma con algunos usuarios: falta traductor de acceso más fácil
- La agenda siempre estaba full pero no siempre llegaban los citados, sería importante hacer chequeo y recordatorio de asistencia
- Sería bueno integrar el programa al horario habitual del centro, pero puede ser desafiante por espacio físico disponible
- Evitar confusiones en los asistentes de que esto No es atención física o médica, sino una bienvenida general al sistema
- Hacinamiento y TBC solo con sintomatología respiratoria... Se podría derivar a Trabajador Social para visita domiciliaria
- Es importante dar tiempo y costo asociado a revisión manual de cada ficha tras 30 días de ser atendidos, para chequeo de derivaciones y comprobación de efectividad real del programa
- Libro en CREOLE debiera estar disponible para entregar a haitianos
- Chequeo de protocolo y resumen (utilidad) con TS del centro de manera directa no solo encargados de los sectores, de manera de socializar y levantar necesidades y percepciones de los trabajadores del centro

## 8. REFERENCIAS

1. Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv.* 2010;46(3):5-7. Epub 2010/12/16.
2. Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Ethnicity & health.* 2004;9:S93-S4.
3. Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo -The Oslo Health Study. *Osteoporos Int.* 2005;16(6):623-30. Epub 2004/09/15.
4. Azerkan F, Zendejdel K, Tillgren P, Faxelid E, Sparen P. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *International journal of cancer Journal international du cancer.* 2008;123(11):2664-70. Epub 2008/09/05.
5. Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer.* 2009;45(1):107-18. Epub 2008/10/03.
6. United Nations. *World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003.* Available from: [www.un.org](http://www.un.org).
7. United Nations. *Trends in total migrant stock: the 2005 revision.* Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
8. International Organization for Migration. *World Migration report 2011. Communicating effectively about migration World Migration report [Internet].* 2011 February 2012; 1. Available from: [http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011\\_English.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf).
9. Alvarado I, Sanchez H. *Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet].* 2002 9th February 2011. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>.
10. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile.* Santiago: UDD; 2016.
11. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PloS one.* 2014;9(8):e105347. Epub 2014/08/21.
12. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2013;34(1):68-74. Epub 2013/09/06.
13. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista medica de Chile.* 2013;141(10):1255-65. Epub 2014/02/14.
14. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health.* 2012;11:68. Epub 2012/11/20.
15. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2012;32(2):161-7. Epub 2012/10/27.
16. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health.* 2012;12:1013. Epub 2012/11/23.



17. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.
18. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago, 2010.
19. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.
20. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra.¿ Estamos preparados? *Revista Chilena de Pediatría*. 2009;80:161-7.
21. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago , Chile. *Rev Chilena de Pediatría*. 2012;83(4):366-70.
22. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. . 2009.
23. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.
24. IOM, UNICEF, ACNUR, . Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. : 2012.
25. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2008;12:37-41.
26. Chile CPdIUd. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile: 2008.
27. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. *Revista Salud y Sociedad*. 2010;1:51-70.
28. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en poblacion inmigrante en la comuna de Independencia2008 March 2011. Available from: <http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716>.
29. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zekowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and child health journal*. 2013;17(2):292-8. Epub 2012/03/09.
30. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Soc Sci Med*. 2010;70(2):329-36. Epub 2009/11/07.
31. Moreira-Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias D. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Revista Maternal and child health journal*. 2013;17(8):1346-54.
32. Kusuma YS, Kumari R, Kaushal S. Migration and access to maternal healthcare: determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. 2013;18(10):1202-10. Epub 2013/08/07.
33. Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2007;114(10):1232-9. Epub 2007/07/28.

34. O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010;17(10):917-28. Epub 2010/11/17.
35. Higginbottom G, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F, Barolia R. Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):370. Epub 2014/12/04.
36. MINSAL, FONASA, Salud; Sd. Orientaciones Técnicas: Programa Piloto de Salud de Inmigrantes. In: Chile Gd, editor. Santiago: MINSAL; 2015.
37. Bernales M, Pedrero V, Obach A, Perez C. [Cultural Competence in health: an urgent need for health workers]. *Revista medica de Chile*. 2015;143(3):401-2. Epub 2015/05/26. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud.
38. Bernales M, Figueroa JG. Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los "invulnerables". In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad Social y sus Efectos en Salud en Chile. Santiago: UDD; 2016.
39. Davey Smith G. *Health inequalities: Lifecourse approaches; studies in poverty, inequality and social exclusion*. UK: The policy press; 2003.
40. Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar-Danesh N. Migration: a concept analysis from a nursing perspective. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(5):1176-86. Epub 2011/11/03.
41. Sukamdi. [The typology of migration: developing an alternative concept]. *Populasi*. 1991;2(1):57-64. Epub 1991/01/01. Tipologi migrasi: suatu alternatif pengembangan konsep.
42. Bigsten A. The circular migration of smallholders in Kenya. *Journal of African economies*. 1996;5(1):1-20. Epub 1996/01/01.
43. Ellis M, Conway D, Bailey AJ. The circular migration of Puerto Rican women: towards a gendered explanation. *Int Migr*. 1996;34(1):31-64. Epub 1996/01/01.
44. Ollila E, Baum F, Peña S. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies* Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
45. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*. 2001;52:141-66. Epub 2001/01/10.
46. Arriagada C, Cortinez JM. *Santiago lugar de encuentro: Ilustre Municipalidad de Santiago*; 2015.



