



**SALUD DE PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES**  
**SERIE DE REPORTE**  
**MINISTERIO DE SALUD DE CHILE**

**RESULTADOS DE ANÁLISIS CUALITATIVO PARTE 1**

**Sistematización de experiencias del plan piloto  
nacional de salud de inmigrantes**

Febrero del 2018

Este documento está tomado del informe final del estudio original:

***SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN PILOTO NACIONAL DE SALUD DE  
MIGRANTES INTERNACIONALES***

Licitación 757-13-LE17  
Ministerio de Salud de Chile

Santiago, 28 de febrero del 2018

Comité Técnico Licitación, Ministerio de Salud de Chile y Superintendencia de Salud:

Josette Iribarne  
Andrea Fernández  
Violeta Rojas  
Claudia Padilla  
Marcela Pezoa  
Viviana Reyes

El comité técnico agradece el trabajo de los siguientes expertos que participaron directamente de la elaboración de esta sección del informe, del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina Universidad del Desarrollo, y de la Organización Internacional para las Migraciones:

Báltica Cabieses, PhD  
Margarita Bernaldes, PhD  
Ana María McIntyre, MSc  
Sofía Astorga, MSc  
Alex Alarcón, PhD  
Félix Martínez, MSc(c)

## Resumen ejecutivo

El año 2014 el Ministerio de Salud impulsó la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, el cual buscaba mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la creciente población inmigrante que reside en nuestro país.

El presente estudio de enfoque cualitativo de investigación tuvo como propósito *develar y sistematizar experiencias, percepciones y opiniones de diversos actores clave vinculados a la implementación y evaluación a nivel central y local del Programa Piloto de Migrantes*. Desde un paradigma constructivista de investigación, se realizó un estudio de caso (collective case) cuyo foco fue la *“implementación del Programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales”*. Se realizaron 29 entrevistas individuales con actores clave del sistema de salud -incluyendo autoridades de nivel central y sus representantes, autoridades de perfil directivo con énfasis en nivel gestión (denominadas autoridades nivel gestión a lo largo del informe) y funcionarios de salud- y 10 grupos focales, 5 con funcionarios del sistema de salud y 5 con grupos de migrantes internacionales; los participantes representaron las 5 comunas en las que fue implementado el Plan Piloto: Arica, Iquique, Antofagasta, Recoleta y Santiago. El análisis de los datos se realizó a través de análisis temático de información utilizando el software cualitativo NVivo 11. Los criterios de rigurosidad del presente estudio fueron: triangulación, confirmación de hallazgos, *audit trail* y *reflexivity*. El proyecto fue aprobado y monitoreado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo.

Los hallazgos de este estudio fueron organizados entre 3 abordajes y 3 síntesis de hallazgos focalizadas en temáticas específicas.

Abordaje 1: Este abordaje contempla las percepciones y experiencias de actores clave en la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, incluyendo las perspectivas de autoridades de nivel central o sus representantes, autoridades de nivel gestión y funcionarios de salud, en este último grupo se incluye las perspectivas de los facilitadores/mediadores interculturales, quienes trabajan directamente con la población migrante. De acuerdo con estos actores la implementación del Plan Piloto ha permitido, a nivel general, relevar la temática de salud de la población migrante en todos los niveles del sector salud y en los funcionarios que tienen contacto directo con los usuarios, logro que se ha obtenido a través de la coordinación de mesas de trabajo que se han enfocado en esta temática y a través de distintas instancias de sensibilización y capacitación. Las principales barreras reportadas en torno a la implementación del Piloto, tienen relación a nivel macro con la ausencia de una política nacional de migración que facilite el trabajo de los distintos sectores y con las dificultades en la coordinación del trabajo intersectorial; en relación a las barreras territoriales que han surgido, se destaca el rechazo inicial por parte de algunos funcionarios de salud en relación a la integración de la comunidad migrante, barreras lingüísticas específicas que dificultan la comunicación especialmente con la comunidad haitiana, y escaso

tiempo para asistir a las capacitaciones que han surgido en el contexto del Programa Piloto. Los facilitadores reportados hacen referencia al consenso a nivel de autoridades respecto a la importancia de incluir a la población migrante en las estrategias de salud, destacando que el sector salud ha liderado el trabajo con esta comunidad; en relación con los facilitadores que surgen en el terreno de lo local, la incorporación de facilitadores-mediadores interculturales se reconoce como un gran aporte a la atención en salud. Uno de los principales logros surgidos a partir de la implementación del Plan Piloto es que existe ahora un consenso entre los actores clave y los funcionarios de salud acerca de que la salud es un derecho, y que todos los migrantes tienen derecho de acceder a los servicios de salud.

Abordaje 2: Este segundo abordaje contempla las percepciones y experiencias de la comunidad migrante en relación con la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en sus comunas de residencia. Si bien muchos de los participantes no conocen por su nombre el Plan Piloto o incluso la nueva normativa -decreto 67- que asegura su acceso a salud, hay un consenso en manifestar que el acceso a salud en los centros de salud ha mejorado para ellos en el último tiempo, si bien siguen existiendo algunas barreras administrativas de acceso, éstas son menores. Persisten algunas temáticas relativas al acceso a especialistas y a tiempos de espera que en ocasiones son muy prolongados. Las principales recomendaciones que emergen de este grupo es que se continúe trabajando con algunos funcionarios para que mejoren la calidad de sus atenciones y que haya mayor difusión de beneficios de salud entre la propia comunidad migrante.

Abordaje 3: Este tercer abordaje contempla la perspectiva de grado de intervención comunal del Plan Piloto, explorando encuentros y divergencias de actores clave entre comunas que sí fueron y que no fueron intervenidas por el Plan Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes del MINSAL. De esta forma, la información recolectada en los dos abordajes anteriores de las 5 comunas piloto se contrastó con información de otras 2 comunas que no forman parte de este grupo: Maipú y Calama, las cuales fueron parte del estudio Fondecyt 11130042, realizado por el mismo equipo de investigación. La síntesis de los hallazgos obtenidos en este estudio, a la luz de los hallazgos obtenidos por el proyecto Fondecyt permiten concluir que el Plan Piloto Migrante ha sido altamente exitoso en la consecución de sus objetivos centrales ligados a garantizar el acceso a salud de la población migrante, persisten algunos desafíos en torno a esta temática que no tienen que ver con la normativa, sino con la desinformación de algunas comunidades, desafíos que desde ya han comenzado a ser abordado por algunos actores clave en salud. En cuanto a las temáticas que aún persisten, y que emergieron desde el Fondecyt 11130042: (1) Capacitación a los equipos en relación con trato culturalmente pertinente, (2) Condiciones de vida deficientes, que sitúan a la población migrante en una posición de vulnerabilidad, y (2) Segregación geográfica de la comunidad migrante, la cual se convierte en un desafío para la integración real de la comunidad migrante a nuestro país.

Adicionalmente, se incorporaron como secciones finales breves del presente reporte de hallazgos las siguientes temáticas: (1) Síntesis de hallazgos con foco en evaluación de la implementación de la normativa decreto 67, la cual ha tenido amplia difusión e impacto de

acuerdo a los actores clave del área de la salud, (2) Síntesis de hallazgos con foco en el concepto y manejo de la interculturalidad en salud incluyendo facilitadores lingüísticos y mediadores culturales, surgiendo la necesidades de establecer consensos conceptuales que orienten las acciones de estos funcionarios y (3) Síntesis de hallazgos con foco en difusión de derechos, participación, capacitación e información por niveles de acción: Atención Primaria, Hospitales, FONASA y SEREMI de Salud.

El presente estudio cualitativo ha permitido sistematizar las experiencias y percepciones en torno a la implementación del Plan Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Retomando el propósito central trazado por este programa, el cual buscaba mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la población inmigrante que reside en nuestro país, es posible establecer que el plan piloto ha sido exitoso en permitir sortear las principales barreras de acceso al sistema de salud, dejando emerger nuevos desafíos, los cuales permiten trazar acciones futuras que apunten a mejorar aún más la integración de los migrantes al sistema de salud en nuestro país.

## Antecedentes

El año 2014 el Ministerio de Salud impulsó la implementación del **Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales**, el cual buscaba reducir inequidades de acceso a salud, desarrollando estrategias desde el nivel local, incorporando la participación ciudadana, tanto en la identificación de las dificultades como en la búsqueda de soluciones desde un inicio. De acuerdo a lo indicado en el documento de orientaciones técnicas, el Piloto de Salud de Inmigrante, corresponde a un conjunto de acciones articuladas del sector salud, que se traducen en un plan de acción que permite cumplir con el objetivo de disminuir las barreras de acceso a salud y atención de salud de los inmigrantes.

El programa piloto de salud de inmigrantes fue definido como una urgente 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 como: 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 fue 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, entre otros. Su implementación se orientó a lograr que la persona inmigrante, independiente de su edad, sexo, nivel socioeconómico, ruralidad e idealmente independiente de su estatus legal en el país, pudiera 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.

El presente **estudio de enfoque cualitativo de investigación** tuvo como **propósito** *develar y sistematizar experiencias, percepciones y opiniones de diversos actores clave vinculados a la implementación y evaluación a nivel central y local del Programa Piloto de Migrantes*. Si bien los fundamentos metodológicos a la base de este estudio, dada su naturaleza cualitativa, sólo permiten la exploración del fenómeno social de interés desde la mirada de sus participantes - no pudiendo extrapolar (o *generalizar*) sus resultados a la población local o nacional-, los resultados de este estudio son potencialmente transferibles a realidades similares e iluminan la comprensión del fenómeno desde la visión particular de cada uno de los entrevistados.

A continuación, se presentará el diseño metodológico que se utilizó para llevar a cabo el estudio, las características sociodemográficas de los participantes y luego los hallazgos obtenidos.

## Metodología

### Paradigma:

Este estudio contempló una **aproximación constructivista** (1). Bajo este paradigma se presume que cada participante del estudio tiene una vivencia y un discurso subjetivo en torno al fenómeno de estudio. A través de esta aproximación de la realidad se pretende conocer en profundidad la subjetividad de los participantes y “construir” un relato que incorpore dichas subjetividades, y que a su vez permita la comprensión del fenómeno considerando la complejidad del mismo.

Este paradigma es idóneo para responder al propósito de investigación, al permitir explorar las perspectivas o culturas de interés desde su realidad particular. Permite además indagar en experiencias, propuestas y recomendaciones para mejorar y legitimar la participación de la comunidad migrante en el sistema de salud en Chile, en tanto los hallazgos de este estudio se van construyendo a través de la incorporación de todas las miradas y perspectivas en forma balanceada y transparente.

### Diseño:

Como diseño metodológico se utilizará el **Estudio de Caso**, cuyo objetivo es explorar y comprender en profundidad alguna problemática o situación contemplando una multiplicidad de discursos y perspectivas (2). De acuerdo a Creswell, el Estudio de Caso desde un enfoque cualitativo puede ser utilizado para estudiar el caso de un individuo en profundidad, respecto a alguna experiencia, o bien focalizar la atención en un caso o fenómeno de estudio e incluir muchas perspectivas (participantes) para analizar dicho caso, esta metodología se denomina *collective case* (2).

Este estudio se basará en un **collective case** cuyo caso de estudio será la “*implementación del Programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales*”. Este diseño de investigación cualitativa es idóneo para responder a los objetivos de investigación puesto que permite tener un foco claro de investigación, y a su vez incluir la mirada y perspectivas de distintos actores sociales.

### Recolección de Datos:

La recolección de datos se realizó en cinco comunas que tuvieron la experiencia de implementar el Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales: **Arica, Iquique, Antofagasta, Recoleta y Santiago** (detalles en Anexo 1: informe de actividades). Para cada uno de los grupos de participantes los métodos de recolección de datos consistieron en **Entrevistas Semi-Estructuradas y Grupos Focales** (Guiones en Anexo 2). Esta metodología de recolección de datos es adecuada para el diseño de investigación seleccionado, puesto

que permitió explorar en profundidad la opinión de los participantes, generando un ambiente cómodo que les permitió exponer tranquilamente su punto de vista respecto al fenómeno.

Cabe destacar que las Entrevistas Semi-Estructuradas fueron todas coordinadas en forma individual por el equipo de investigación, sin embargo, en seis ocasiones los entrevistados se encontraban acompañados por colegas (invitados por los propios entrevistados) para que los acompañaran durante la entrevista. Las razones esgrimidas fueron, en general, relacionadas a que habían trabajado juntos en la implementación del Programa Piloto, y que en conjunto podían tener una visión más amplia del fenómeno. El equipo de investigación respetó la opinión de los entrevistados, realizando **seis entrevistas bi-personales**, las cuáles aportaron gran cantidad de información para el análisis.

El **equipo de recolección de datos** estuvo liderado técnicamente por una profesional con formación de post grado en metodologías cualitativas de investigación, quien cuenta con amplia experiencia en proyectos de esta índole. La coordinación de las entrevistas y grupos focales fue coordinada por un profesional magíster en psicología de la salud, quién recibió apoyo del equipo técnico del Ministerio de Salud, para facilitar el contacto de actores clave a ser entrevistados.

La realización de entrevistas y grupos focales estuvo a cargo de las mismas profesionales mencionadas previamente, apoyadas por dos sociólogos quienes realizaron la recolección de datos en la zona norte del país. Cabe destacar que la selección de este equipo se realizó principalmente dada su experiencia en metodología cualitativa (no en la temática migrante o sistema de salud específicamente), razón por la cual se revisaron en profundidad los guiones de entrevistas y grupos focales junto al equipo de investigación, homologando criterios para contra preguntar en los casos correspondientes. La selección de profesionales jóvenes para realizar la recolección de datos se privilegió como estrategia para lograr un acercamiento neutro al fenómeno de estudio (sin ideas pre-concebidas).

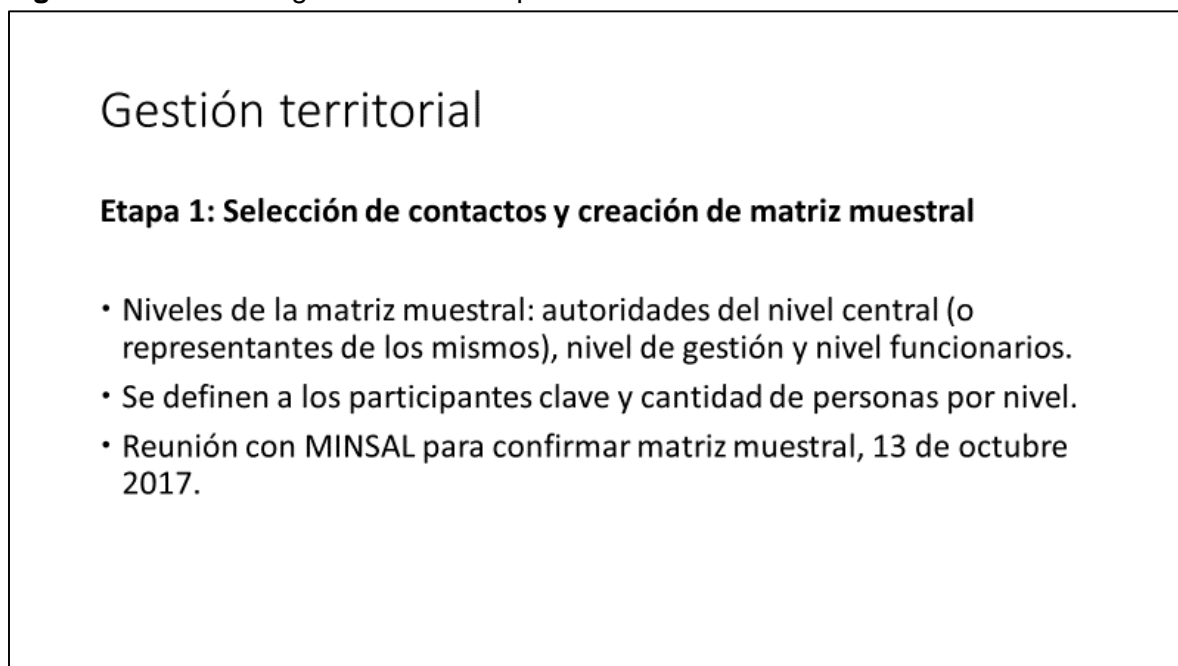


El proceso de recolección de datos contemplo diferentes etapas:

### **Etapas 1 Recolección de datos**

Durante esta primera etapa, se acuerda con el equipo técnico representante de MINSAL la conformación final de la matriz muestral de participantes, la cual contó con tres niveles de actores claves en relación a la implementación del Programa Piloto Migrante: autoridades de nivel central o sus representantes, autoridades de nivel gestión y funcionarios de salud. A todos ellos se les realizó una entrevista individual. Adicionalmente se realizaron cinco grupos focales a funcionarios de atención primaria y cinco grupos focales a migrantes internacionales.

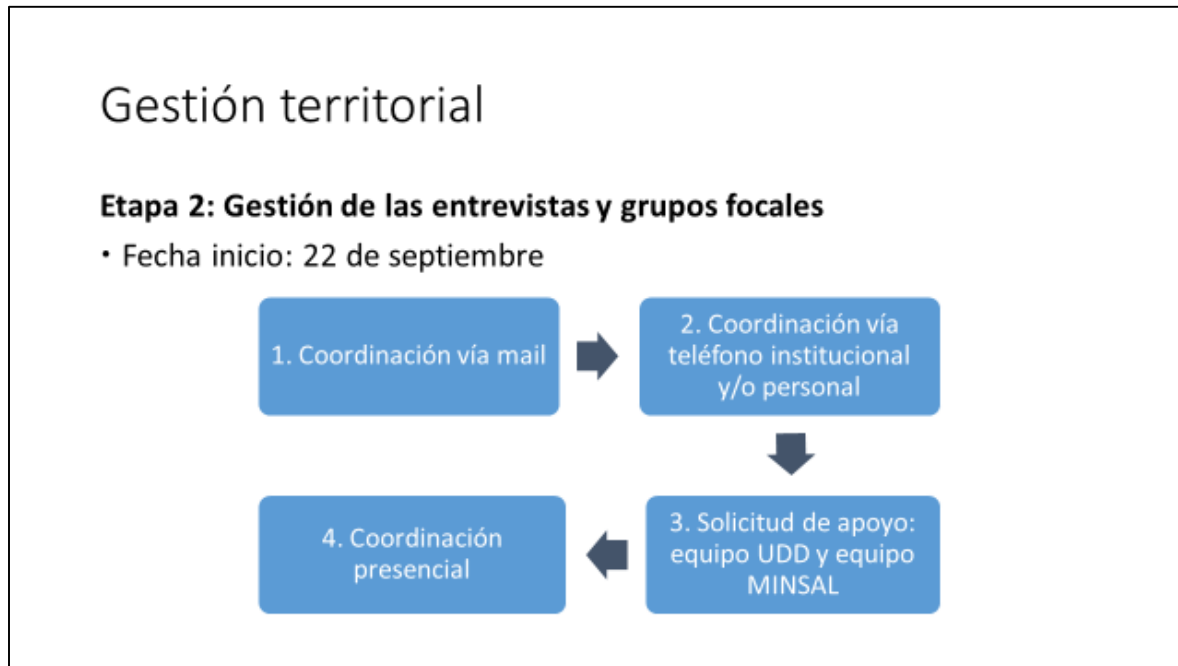
**Figura 1:** Síntesis de gestión territorial para recolección de datos



### **Etapas 2 Recolección de datos**

Hacia fines del mes de septiembre del presente año se da inicio a la segunda etapa de coordinación de entrevistas utilizando diversas estrategias, entre ellas, correo electrónico, contacto telefónico (institucional y personal) y coordinación presencial en algunos casos. A continuación, se detalla el calendario de fechas en que fue realizada la recolección de datos del presente estudio.

**Figura 2:** Síntesis de gestión territorial para recolección de datos



## Calendario Recolección de Datos por Comuna

Cabe señalar que durante el periodo de recolección de datos hubo un paro de atención primaria de salud a nivel nacional, lo cual dificultó la finalización de los grupos focales, los cuales debiesen haber finalizado en noviembre 2017, extendiéndose hasta la primera semana de diciembre del mismo año.

**Figura 3:** Síntesis calendario de recolección de datos por comuna



### Participantes:

Para dar respuesta a los objetivos de investigación y considerando el corto periodo de tiempo destinado a recolección de datos (2 meses), se consensó -entre el equipo de investigación y la contraparte técnica del Ministerio de Salud- una matriz muestral que contempló distintos niveles de actores y participantes en la implementación del Programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, representantes de las cinco comunas que fueron parte de este estudio. En relación a los grupos de migrantes que participaron en este estudio, estos fueron contactados principalmente a través de dos vías: (1) contacto con **líderes comunitarios** que

mantenían contacto estable con los centros de salud y quienes coordinaron los grupos focales entre sus conocidos, este fue el caso de Iquique, Antofagasta y Recoleta; y (2) contacto con **funcionarios de salud** de atención primaria quienes conformaron los grupos focales con usuarios que el día de la realización del mismo se encontraban presentes en el centro de salud, este fue el caso de Arica y Santiago.

**Tabla 1: Matriz Muestral Fase Cualitativa** (números representan audios, no número de participantes por audio)

		Arica	Iquique	Antofagasta	Santiago	Recoleta	Total *
Autoridades Nivel Central o sus representantes	Referente MINSAL				2		2
	Superintendencia Salud				1		1
	Dirección FONASA				1		1
	SEREMI			1			1
Nivel Gestión	Referentes Piloto SEREMIs Santiago, Arica y Antofagasta	1		1	1		3
	Referente Piloto Servicio de Salud	1	1	1			3
	Encargado Municipal Piloto APS	1	1	1	1	1	5
Nivel Funcionarios (APS y hospital)	Urgencia Hospitalaria	1	1		1	1	4
	Referente Piloto Hospitalario			1			1
	Director Centro de Salud				1	1	2
	Facilitador o Mediador Intercultural o Referente migrante	1	1	1	1		4
	Otros: jefe SOME		1			1	2

**Total Ent. 29**

Grupos Focales (10)	Profesionales y Administrativos	1	1	1	1	1	5
	Comunidad Inmigrante	1	1	1	1	1	5

**Total GF 10 GF**

Las características sociodemográficas de los participantes se presentan en las siguientes tablas:

**Tabla 2: Características Sociodemográficas Autoridades Clave**

<b>Actores Clave (N 76) -Abordaje 1-</b>	<b>Características Sociodemográficas</b>
Autoridades Nivel Central (N 6)	<b>Edad:</b> Promedio 49,25 (Rango 42-58) <b>Sexo:</b> 3 hombres, 2 mujeres
Autoridades Nivel Gestión (N 13)	<b>Edad:</b> Promedio 44,1 (Rango 33-55) <b>Sexo:</b> 2 hombres, 11 mujeres
Funcionarios Nivel Primario y Secundario (N 57)	<b>Edad:</b> Promedio 40,5 (Rango 24-69) <b>Sexo:</b> 12 hombres, 37 mujer <b>Funciones:</b> 42 profesionales, 15 administrativos

Se intencionó en la coordinación de grupos focales que éstos contaran con similar cantidad de funcionarios profesionales y administrativos de atención primaria. Sin embargo, el diseño final de los mismos y la invitación a los participantes se gestó desde el mismo centro de salud, quedando en algunos casos desbalanceados los grupos propuestos originalmente. Dado el corto periodo en el que se realizó la recolección de datos, el equipo de investigación respetó las decisiones de los centros de salud en torno al número de participantes y las funciones que desempeñaban en el centro de salud.

**Tabla 3: Grupos Focales Funcionarios APS**

<b>Comuna</b>	<b>N Profesionales</b>	<b>N Administrativos</b>
Arica N 13	8	5
Iquique N 7	6	1
Antofagasta N 6	2	4
Recoleta N 7	7	0
Santiago N 8	4	4

**Tabla 4: Características Sociodemográficas Comunidad Migrante**

<b>Migrantes N 37</b>	<b>Características Sociodemográficas</b>
Edad	Promedio 35,7 (Rango 19-51)
Sexo	7 hombres, 30 mujeres
País de origen	Perú: 7 Bolivia: 7 Ecuador: 1 Colombia: 5 Haití: 9 No desea responder: 8
Status Migratorio	Regular: 20 No regular: 8 No desea responder: 9
Sistema de Salud	Fonasa: 17 Sin previsión de salud: 11 No desea responder: 9
Comuna Residencia Actual (Número de participantes por cada grupo focal realizado en las comunas que formaron parte del estudio)	Arica: 11 Iquique: 5 Antofagasta: 6 Recoleta: 6 Santiago: 9

### **Estrategias de Análisis:**

Toda la información proveniente del trabajo de campo se convirtió en material escrito, las entrevistas y grupos focales fueron transcritos palabra por palabra (Anexo 3). El material escrito fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite **identificar y analizar patrones temáticos** a partir de los datos recolectados (3). Dichos patrones temáticos fueron consistentes con la guía de entrevistas y grupos focales, que a su vez son coherentes con los objetivos específicos de investigación. Esto permitió la creación de códigos y categorías (Tabla Libro de Códigos) que emergen de los participantes para cada una de las preguntas directrices que son foco del análisis de este estudio. Se realizó un análisis de tipo **descriptivo** e **inferencial**, este último permitió elaborar modelos explicativos del fenómeno social los cuales fueron expuesto a al menos un participante de cada Comuna durante el proceso de **confirmación de hallazgos**.

Esta estrategia de análisis cualitativo es el más adecuado para este proyecto dado que permitió centrarse en el fenómeno del estudio, lo cual es concordante con el diseño de Estudio de Caso. Se utilizó software NVivo 11 para este análisis, de tal manera de garantizar el uso eficiente y riguroso de toda la información obtenida en este estudio.

**Tabla 5: Libro de Códigos\***

Temas y Subtemas	Recursos <sup>1</sup>	Referencias <sup>2</sup>
1. Características de Migrantes	33	142
Condiciones y Necesidades de Salud	28	135
2. Acceso y Uso Salud	17	51
Flujo atención primaria-secundaria	22	63
Necesidades detectadas en Acceso y Uso	29	138
3. Recomendaciones	27	98
4. Implementación de Piloto	24	66
Barreras para Implementación	30	177
Facilitadores para Implementación	25	97
Acciones de Implementación	31	144
Rol del Facilitador Intercultural	23	56
5. Decreto 67	16	28
6. Derechos Humanos	24	52
7. Enfoque Intercultural	23	83
8. Trabajo Intersectorial	22	44
9. Efecto de Implementación	31	127
10. Resultados de Salud	24	40

\* El libro de códigos es expuesto de acuerdo al orden ejecutado en NVivo 11, no de acuerdo al orden de importancia o aparición de los temas en la sección de hallazgos expuesta más adelante en este informe.

<sup>1</sup> Los recursos se refieren a la cantidad de transcripciones (audios) en los cuales se encontró información acerca del código o tema señalado. Por ejemplo, el primer código “características de migrantes”, apareció mencionado en 33 transcripciones (audios). Esta información es útil para evaluar aquellos códigos que son más “densos” en cantidad de información.

<sup>2</sup> Las referencias se refieren a la cantidad de viñetas encontradas en relación a un código. Por ejemplo, para el primer código “características de migrantes” se encontraron 142 viñetas. Mientras mayor es la densidad de las referencias, surge la necesidad de re-conceptualizar los códigos en sub temas dentro del mismo, por ejemplo, el mismo código “características de migrantes” comienza a subdividirse en la redacción del informe en temas como: condiciones de vida, principales problemas, entre otros.



## **Criterios de Rigurosidad:**

En investigación cualitativa es especialmente importante ser explícito acerca de los criterios de rigurosidad que serán empleados para asegurar la **credibilidad y confiabilidad de los hallazgos** y recomendaciones finales del proyecto de investigación (4). La credibilidad ocurre cuando múltiples realidades reveladas por los participantes están representadas tan adecuadamente como sea posible en los hallazgos, y aquellos que viven la experiencia se reconocen en la descripción e interpretación de los mismos. Por otro lado, la confiabilidad se define como la consideración de la variabilidad de los fenómenos estudiados, incluyendo la adaptación de estrategias de reclutamiento y de recolección de datos de manera flexible y acorde a la realidad estudiada.

Para garantizar la credibilidad y confiabilidad de este estudio, se consideraron los siguientes criterios de rigurosidad (5):

**Triangulación:** En investigación cualitativa, la triangulación consiste en que el investigador examine los datos recogidos de diversas fuentes o por diferentes métodos. En este estudio, empleamos triangulación de fuentes de información y de métodos de recolección de datos.

**Confirmación de Hallazgos:** En investigación cualitativa se busca que los participantes se sientan reflejados en los hallazgos del estudio. Tal como se mencionó previamente, los modelos explicativos que surgieron a partir del análisis del fenómeno social fueron expuesto a al menos un participante de cada Comuna para corroborar su pertinencia.

**Audit Trail** (Auditoría): En búsqueda de la claridad y justificación de las opciones teóricas, metodológicas y analíticas se discutieron e hicieron explícitas todas las decisiones y opciones de este estudio. Además, se mantuvo un diario de campo donde se registraron las ideas y experiencias del equipo de investigación; el cuál fue fundamental para el análisis y proceso de escritura.

**Reflexivity** (reflexión): Se contemplará un hilo reflexivo explícito a lo largo de la investigación con el propósito reconocer y valorar la participación de los investigadores en el análisis y la modelación de datos.

## **Aspectos éticos:**

En concordancia con Declaración de Helsinki, de Singapur y leyes vigentes en Chile, se resguardó la autonomía y no maleficencia de los participantes del estudio mediante las siguientes estrategias: El estudio fue evaluado por **Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo**, se aplicó Consentimiento Informado clarificando naturaleza confidencial de la entrevista semi-estructurada y grupo focal. El manejo de la

información fue reservado y cauteloso, protegiendo siempre la confidencialidad de los participantes y de la información entregada en este estudio.

### **Manejo y protección de la información:**

Las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio manteniendo la confidencialidad del entrevistado. Las grabadoras digitales fueron descargadas a un computador único del proyecto y guardadas bajo contraseña de seguridad. Toda la información obtenida durante las entrevistas y grupos focales fue guardada bajo llave en las oficinas del equipo de investigación. El consentimiento informado de cada participante fue archivado confidencialmente no permitiendo identificar la transcripción de la entrevista asociada a dicho consentimiento.

La presentación de resultados se realizó conservando la confidencialidad de los entrevistados, removiendo cualquier información de lugares o nombres propios que permitiera identificar a los entrevistados. El Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo estuvo a cargo de auditar y resguardar el manejo y protección de la información.

### **Referencias Sección Metodología**

1. Creswell J. Philosophical, Paradigm, and Interpretative Frameworks. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage; 2007. p. 15-34.
2. Creswell J. Five Qualitative Approaches to Inquiry. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*: Thousand Oaks, Sage; 2007. p. 53-84.
3. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology *Qualitative Research in Psychology* 2006;3(2):77 - 101
4. Guba E, Lincoln Y. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The Landscape of Qualitative Research* London: SAGE Publications; 1998.
5. Johnson R, Waterfield J. Making word count: the value of qualitative research. *Physiotherapy Research International*. 2004;9(3):121-31.

# Hallazgos

## Descripción general

A continuación, se presentarán los hallazgos obtenidos en la Fase Cualitativa de este estudio. Para ello se han pre-definido tres niveles de abordaje:

- **Abordaje 1:** Este abordaje contempla las percepciones y experiencias de **actores clave** en la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, incluyendo las perspectivas de **autoridades de nivel central o sus representantes, autoridades de nivel gestión y funcionarios de salud**, en este último grupo se incluye las perspectivas de los facilitadores/mediadores interculturales, quienes trabajan directamente con la población migrante (matriz muestral expuesta previamente). Si bien, desde el Ministerio de salud se hace una diferencia entre facilitador lingüístico y mediador cultural, muchos de los entrevistados se denominan a sí mismos **facilitador intercultural**, denominación que se respetó en la identificación de las entrevistas.
- **Abordaje 2:** Este segundo abordaje contempla las percepciones y experiencias de la **comunidad migrante** en relación a la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales en sus comunas de residencia.
- **Abordaje 3:** Este tercer abordaje contempla la perspectiva de grado de intervención comunal del Plan Piloto **explorando encuentros y divergencias de actores clave entre comunas que sí fueron y que no fueron intervenidas por el plan piloto nacional de Salud de Inmigrantes del MINSAL**. De esta forma, la información recolectada en los dos abordajes anteriores de las 5 comunas piloto se contrastó con información de otras 2 comunas que no forman parte de este grupo: Maipú y Calama. Para este abordaje, se consideró información previamente recolectada por el equipo investigador (Fondecyt 11130042), que responde a las mismas perspectivas de interés y que es pertinente en su temporalidad (2014-2015).

Adicionalmente, se incorporaron como secciones finales breves del presente reporte de hallazgos las siguientes temáticas:

- Síntesis de hallazgos con foco en evaluación de la implementación de la **Normativa Decreto 67**.
- Síntesis de hallazgos con foco en el concepto y manejo de la **interculturalidad en salud** incluyendo facilitadores lingüísticos y mediadores culturales.
- Síntesis de hallazgos con foco en **difusión de derechos, participación, capacitación e información por niveles de acción:** Atención Primaria, Hospitales, FONASA y SEREMI de Salud.

Cada uno de los niveles y temáticas antes señalados, serán expuestos a **nivel descriptivo**, través del uso de viñetas obtenidas de las transcripciones de audio de entrevistas y grupos focales (se muestra una viñeta de ejemplo en relación a las temáticas expuestas), y a **nivel inferencial**, realizando modelos y figuras explicativas que den cuenta de la dinámica y plasticidad del fenómeno social en estudio.

El **uso de viñetas** obtenidas de entrevistas y grupo focal incluirá información sobre origen de participante (Autoridad-Representante Nivel Central, gestión, funcionario de salud o migrante, número de entrevista y zona norte o central en el caso de grupos focales con migrantes). No se incluirá comuna de residencia en la identificación de las viñetas de tal forma de preservar la confidencialidad de los participantes.

### 3.1 Hallazgos primer nivel de abordaje: Actores Clave

Tal como se mencionó previamente, el presente nivel de abordaje incluirá las percepciones y experiencias de **actores clave** en la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, incluyendo las perspectivas de **autoridades de nivel central (o sus representantes), autoridades de nivel gestión y funcionarios de salud**. El orden de las temáticas expuestas incluirá las percepciones respecto a la implementación del Programa Piloto, los facilitadores y barreras asociados a dicha implementación y la evaluación respecto a la efectividad del mismo. Adicionalmente, se incluirá la percepción actual de los actores clave en relación al acceso y uso de servicios de salud que realiza la comunidad migrante en el contexto de la implementación del Programa Piloto, así como las nuevas necesidades en salud detectadas en relación a esta población.

#### Implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales

Respecto a la implementación del Programa Piloto impulsado por el Ministerios de Salud, todos los entrevistados concuerdan en que el diseño de este Programa surge en un momento histórico en que el sector salud se encontraba recibiendo una mayor demanda dada la creciente población migrante presente en Chile. De esta forma, el delimitar acciones que permitiesen enfrentar los desafíos emergentes en relación a esta comunidad, fue valorado positivamente por los distintos actores claves que participaron en este estudio. En relación al inicio de la implementación, esta estuvo marcada por diferentes acciones que dan cuenta de los diversos niveles de acción ejecutados por los participantes, que daban respuesta a la necesidad de instalar formalmente la temática migrante en un momento en que era urgente hacerlo.

Una de las primeras medidas fue **sensibilizar a los equipos de salud** y fomentar la implementación de **diagnósticos participativos locales** que permitieran dar cuenta de cuáles eran las necesidades de la comunidad migrante:

*“El piloto se implementó centrado en lo básico inicial de **sensibilización de un sistema a la atención de salud**, que tuvo que ver con quizás, difusión de derecho eee **sensibilización del funcionario** y también **un espacio de participación**, yo valoro los espacios de participación que se... y el trabajo intersectorial como una primera... bien asociada a la atención y a la discriminación diría yo eee participación de, a través de las **mesas regionales** y también de los diálogos, yo creo que eso fue como abrir una ventana en el sistema de salud a esta población” (Entrevista 37, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Las autoridades de nivel central y sus representantes refieren que en un inicio – y que se mantienen en la actualidad- las principales preocupaciones en torno a la implementación del Programa Piloto fueron delimitar **estrategias** y acciones efectivas, entre ellas estrategias de **difusión para relevar la temática y digitalización**:

*“Nos cuesta bastante esto de la difusión, o sea, nosotros en esto hemos trabajado mucho con los municipios, ya? eee porque en realidad es desde ahí donde nosotros... o donde se puede hacer un mejor trabajo, ya? hoy día son prácticamente todos los municipios del país, sobre todo comunas grandes, tienen algún servicio con los migrantes y es ahí donde a nosotros nos interesa llegar (...) estamos en un proceso modernizador importante, ya? cuyo eje fundamental es que traspasar todos los trámites hacia internet digamos, hay que... nuestra página web pueda acoger todos los trámites y ahí todavía estamos en deuda porque estamos trabajando en eso, porque no tenemos hoy día servicios disponibles para los migrantes” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

A nivel de funcionarios de nivel gestión, la percepción acerca de la implementación del Programa Piloto se relaciona a tarea de **coordinar diversos sectores** para que el Programa Piloto “funcionara”, monitoreando además el recurso financiero asignado para la implementación. La coordinación entre diversos estamentos e instituciones para planificar acciones se llevan a cabo de forma presencial, como mesas de trabajo conjunto:

*“Tenemos la mesa salud migrantes, que es una mesa que está constituida por estos actores, la lideramos nosotros como SEREMI de salud pero que también tiene una gran participación del servicio de salud y de todos los actores, y se sumó también a esta mesa migrante la OIM, que estuvo participando activamente con nosotros... desde la SEREMI se ha hecho como bimensual o trimensual, pero el servicio de salud a su vez se reúne con mayor frecuencia con la red. Lo que pasa es que hay que recordar que el Plan Piloto migrante en un principio partió con recursos financieros para redes, no así para nosotros, donde la persona que tuvo que hacerse cargo del tema migrantes es una persona que además de ver el programa migrantes ve otros programas... hay trabajos que se hacen por correo electrónico, se asignan tareas y se va cumpliendo por vía electrónica” (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017).*

En relación a los funcionarios de salud, de atención primaria y hospitalaria de urgencia, la percepción acerca de la implementación del Programa Piloto da cuenta de diversas actividades que comenzaron a realizar: labores de **coordinación entre funcionarios, capacitaciones a funcionarios, pesquisas y visitas domiciliarias** a comunidad migrante, **estrategias territoriales**, entre otras:

**Coordinación entre funcionarios:** *“Cuando hay que mandar una interconsulta que ya es una especialidad, porque si no está inscrito en FONASA, no se puede tramitar porque es un tema GES por ejemplo y ahí se nos dificulta, cómo lo hacemos? cómo lo ayudamos? vamos y llamamos y tenemos nexos con el Hospital con XX de SOME, y nos comunicamos internamente, y tratamos de que, tampoco se cuarte (...) lo bueno es que tenemos harto nexo con otros funcionarios de otras áreas, con extranjera también, XX tiene anexo, nexo con extranjería, oye mira tengo este, cuanto le falta para la visa?, tenemos bastante comunicación, así que en cuanto a acceso ellos tienen el acceso” (Entrevista 19, Facilitador Intercultural, 2017).*

**Capacitaciones:** *“Capacitaciones para los funcionarios también eee desde el dos mil quince que empezamos con capacitaciones que han ido grupitos pequeños, se ha contratado a gente externa para que se hagan las capacitaciones” (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017).*

**Pesquisa y tratamiento de TBC;** *“La TBC... sí, hemos tenido también pacientes con TBC que han sido extranjeros igual, ya? y se ha tratado y acá se ha hecho los tratamientos estrictos, todos los días tiene que venir” (Entrevista 14, Facilitador Intercultural, 2017)*

*“Mucha labor de terreno en las comunidades y generando **nexos con organizaciones sociales**; “Una estrategia territorial no más porque que otra actividad, o que otra iniciativa podría presentar el Cefsam dentro de su radio de donde le corresponde, entonces como había muchas trabajadoras sexuales migrantes, se hizo el vínculo con la fundación XX y es con quién yo salgo [a terreno]” (Entrevista 24, Facilitador Intercultural, 2017)*

Al explorar las acciones que realizan los funcionarios de salud, sobre todo los facilitadores interculturales, se encuentra flexibilidad al servicio de la comunidad que presenta cada comuna.

## Percepción Barreras Implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales

Muchas de las barreras que dificultaron la implementación del Plan Piloto estuvieron relacionadas a factores que ya se encontraban presentes en forma previa a la ejecución del mismo, por ejemplo, las dificultades de generar un trabajo intersectorial. Adicionalmente, se identifican barreras que surgen a partir del Piloto mismo, como el rechazo inicial de algunos funcionarios de salud para implementar los nuevos lineamientos.

En relación a las barreras identificadas por los actores claves para la implementación, destacan a nivel de autoridades centrales y sus representantes la **ausencia o dificultad de gestionar un trabajo intersectorial** que permita un buen abordaje de las necesidades presentes en la comunidad migrante. De acuerdo a la percepción de estos actores, si bien la ausencia de trabajo intersectorial estaba presente en forma previa al aumento de la comunidad migrante en Chile, este grupo deja en evidencia las debilidades en esta área:

*“El fenómeno de la migración en algún sentido ha demostrado lo absoluto de nuestra institucionalidad, de nuestra normativa y ha planteado desafíos de coordinación que probablemente no han sido exitosamente abordados, no hay una [...] coordinación, en la incorporación de ese... del [...] migratorio, lo que tiene que ver básicamente con regularizar las situaciones y a partir de eso, incorporar adecuadamente una población migrante para evitar que se formen guetos tanto sociales como culturales, que contribuyan más a una sociedad tan segmentada como la nuestra” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Otra barrera reportada por las autoridades de nivel central y sus representantes es la **centralización** existente en nuestro país. Al igual que la barrera anterior, la centralización se daba en forma previa a la llegada de la comunidad migrante, sin embargo, nuevamente esta dificultad emerge con fuerza en este escenario:

*“Lo que pasa es que... mira, cuando partimos... partimos con esto de los números provisorios, por supuesto que partimos desde acá, Santiago, muy muy centralizados a nivel nacional, o sea, qué te quiero decir, desde Arica nos peleábamos en... todos los números provisorios se daban desde Santiago, a modo de cifra el dos mil dieciséis hicimos cerca de nueve mil números provisorios, ya? bueno, como esto fue creciendo y las necesidades además veíamos que iban a ser permanentes, nosotros descentralizamos esto, ya?... [Actualmente] ellos administran sus números provisorios, por*



*supuesto coordinado con nosotros, con la misma aplicativa informática que usamos nosotros, eso facilita también y acorta los tiempos, ya?” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

En relación a la **legislación actual** relacionada a la permanencia, regularización y visado de la comunidad migrante, las autoridades de nivel central y sus representantes refieren las falencias que posee esta misma, dificultando la incorporación de la comunidad migrante en todos los ámbitos, incluyendo en ámbito salud:

*“La población que no tiene su situación migratoria regularizada, ya? eee respecto a eso, claro poh, es una tremenda barrera el no tener una visa de residencia temporaria o permanente, porque limita seriamente todo el proceso de inserción de la... y de integración de las personas en la sociedad chilena, cierto, migrante... sobre todo por el tema de arriendos, acceso a un trabajo digno y en condiciones adecuadas, la convalidación de estudios por lo me... por ejemplo que también es una tremenda barrera pa... por eso tenemos muchos técnicos profesionales que están trabajando en cualquier cosa y no pueden ejercer su profesión de origen, entonces **yo creo que es la principal barrera para una efectiva inserción en el país** y qué decir para todo lo que es previsión en salud: AFP, seguridad social” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Esta **barrera es repetidamente reportada como un obstáculo que enlentece los procesos**, incluido el de tener un trabajo regular, educación para hijos e inserción a todo nivel. Estos factores afectan la salud de manera directa, aun cuando la persona pueda acceder a las prestaciones sanitarias, apoyándose en el programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes. En ese contexto, se describen algunas barreras que están interrelacionadas, entre éstas, la regularización de residencia, regularización de títulos profesionales, ejercicio ilegal de la profesión por no haber rendido los exámenes que la ley prescribe para que quienes son extranjeros pueden ejercerla dentro del país. Así mismo, se perciben a nivel central otros factores que se van concatenando para generar problemas que son difíciles de resolver de manera retrospectiva y que afectan a toda la sociedad y a la salud en general:

*“Abusos cotidianos, que tienen que ver con su situación laboral, que tiene que ver con [...] de prestamistas o de médicos profesionales que atiendan ilegalmente, en el fondo en la medida en que no se hagan políticas decididamente regulari... regularizadoras... regularizadoras, se transforma en un problema después casi sin solución... con los profesionales migrantes hubo una solución a medias y lo que tenemos hoy día es en estricto rigor, un problema de ejercicio ilegal de la profesión completamente desatado en el sector público y probablemente también en el sector privado, o sea, cosas absurdas como que tú para trabajar en el sector público necesitas el eunacom... muy probable que muchos de esos profesionales estén trabajando en el sector privado, en estricto rigor ellos están ejerciendo ilegalmente la profesión en el sector privado” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Si bien lo reportado previamente no es una barrera directa para la implementación del Programa Piloto de Salud, es una situación que afecta a la comunidad migrante, que afecta su salud a nivel social y emocional, y frente a lo cual el Plan Piloto no puede dar respuesta, dado que el marco legislativo actual; no lo permite. Esta situación a su vez impacta de forma directa en la situación de **niños migrantes** y su **percepción de pertenencia** a nuestro país:

*“Veo un riesgo ahí que muchos de los hijos de extranjeros nacidos en Chile, no se sienten chilenos, esa cuestión no pasó en las otras oleadas migratorias... en general los hijos de extranjeros se sienten*



*chilenos o se solían sentir chilenos, por lo menos en mí caso digamos, porque tengo ancestros extranjeros, pero en el fondo me parece que ahí hay un tema de... de demora en esta regularización que no contribuye a que ese proceso sea más rápido y como te digo en términos de acceso, me parece que tienen tantos problemas como los chilenos [...] que tengan muchos más, salvo por el tema de que como no están completamente regularizados, en el fondo ésta... el acceso se da más por situaciones de urgencia, él que está en situación de más precariedad, pero no por culpa de salud, sino porque yo creo que no están incorporado a un mercado formal del trabajo muchos de ellos” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

La situación que afecta a niños migrantes, también es percibida como una barrera de implementación a nivel gestión, de acuerdo a los participantes, ellos suelen tener aún más limitaciones y dificultades para obtener la residencia que algunos adultos:

*"Habría que ver en el caso de los niños porque los niños, aunque parezca mentira, pero el tramitar la visa del adulto es como una prioridad... los niños los van postergando porque como no es exigencia, entonces el niño va... además que si el papá no trajo el certificado de nacimiento debidamente legalizado, así haya hecho los papeles, pero si no lleva eso, simplemente no le estampan la visa y el niño quedó permanentemente con su pasaporte y en situación de irregular" (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

En resumen, la llegada de migrantes a Chile es visualizada por autoridades de nivel central y sus representantes como un desafío para ir derribando barreras y dando paso a la resolución de dificultades en la atención de salud en general. Algunas de éstas son específicas de población migrante y varias que afectan a todo usuario del sistema de salud pública e incluso a nivel país, que se perciben como desafíos-barreras transversales.

A nivel de autoridades de nivel gestión una gran barrera identificada para la implementación del Programa Piloto fue el **rechazo por parte de algunos funcionarios** para realizar esfuerzos que permitirán incluir a la comunidad migrante en sus acciones:

*"Llegar a un programa, a trabajar un tema que ya estaba siendo abordado con rechazo potente de parte de la institución XX, con mucha resistencia trabajar... a excepción de epidemiología que se les pidió en una reunión que tuve con ellos [...] que como tarea, una vez le digo: ya, las orientaciones técnicas hacer el diagnóstico regional y ellos tuvieron la voluntad inmediata de hacerlo... poder trabajar y transversalizar el tema y trabajar con programas por ejemplo, difícil... o todo el año dos mil quince, resistencia y uno de los mayores temas era... claro, era de que no había nada en los lineamientos temáticos de... de la institución XX, que no había nada de la programación tampoco realizado" (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017)*

*"Costó tanto!, tanto, que los otros se... de que entendieran que las platas iban pa una comuna, no pa un centro de salud y que nosotros esperábamos que una comuna entera estuviesen en el mismo some, uuuy! qué manera de sufrir! porque no, no, no y **el rechazo así como que en las capacitaciones así como rabia, rabia del por qué y la cuestión y que no... y rechazos por aquí, rechazos por allá...**" (Entrevista 20, Autoridad Gestión, 2017).*

Otra barrera percibida a nivel de gestión se presenta cronológicamente más adelante en la implementación, relacionada a problemas técnicos, existiendo **lentitud en algunos de los procesos específicos**:

*"La dificultad está que cuando tú haces el decreto, no siempre tiene liberación de huella asocia[da], por tanto no siempre Fonasa los valida, entonces es un proceso que también significa una etapa más, no como un connacional que es más rápido per capitarlo por la huella, entonces también es más complicado aún, no podemos hacer operativos e inscribir a la comunidad migrante en terreno porque necesitamos que haya un calificador de derecho asociado, entonces ayuda, pero también existe esta otra barrera... hay algunos que se demoran veinticuatro, cuarenta y ocho horas y he tenido hasta cinco, diez días inclusive en espera del número provisorio" (Entrevista 2; Autoridad Gestión, 2017).*

Una de las barreras para la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes que está bastante presente en la percepción de los participantes desde el nivel gestión, fue la ausencia de **recursos** asignados al programa propiamente tal. Dicha barrera, obligaba al equipo a utilizar la red existente con creatividad en lugar de insumos. Por ejemplo, para llevar a cabo un encuentro con las comunidades migrantes, no se disponía de recursos para entregarles alimentación de cortesía.

*"Como te digo, empezó en las conversaciones y de repente este señor, nos dice: yo me consigo el almuerzo; nosotros quedamos así, como que nos miramos [Se ríe]: almuerzo, de dónde! y cuarenta y cincuenta personas y después no, pero hagámoslo para cien y... él siguió con donaciones, con donaciones de peruanos, de comerciantes, inmigrantes, que tienen sus negocios [para realizar actividades]..." (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017)*

En relación a los funcionarios de salud, muchas barreras reportadas por ellos que emergen a partir de la implementación del plan piloto migrante esta relacionadas a dificultades que ya existían en forma previa al aumento de la comunidad migrante, por ejemplo, los problemas de **flujo entre atención primaria y hospitalaria**, incluyendo la ausencia de especialistas y el retraso en las derivaciones, las cuales irrumpen con más fuerza en el contexto actual.

*"Tienen que esperar dos años para que lo llamen del hospital para una operación de vesícula por ejemplo, todos los cambios que nosotros podamos hacer, y lo podemos tratar de la mejor forma posible, pero obviamente esa situación no, no va, no se va a solucionar con, que nosotros seamos [...] sino que... que contraten el especialista, que esté el pabellón disponible, entonces la única forma de darle mejor atención a los extranjeros, a los migrantes y a los chilenos es que cambie un poco el sistema, que lo mejoren" (Entrevista 9, Funcionario, 2017).*

La **falta de especialistas** es percibida de manera crítica por los funcionarios, especialmente en algunas áreas específicas. Dicha falencia es muy acentuada a nivel de **salud mental**, por ejemplo. Este tema parece ser muy deficiente en el norte del país, ya que los participantes explican que toda interconsulta psiquiátrica llega a un solo hospital, el cual se encuentra sobrepasado:

*"Nosotros no tenemos otro centro que los vea o vea problemas de salud mental como en otros lados que no sé poh, se derivan o tienen... acá, esta urgencia, es la única urgencia de alta complejidad de toda la región, nosotros recibimos de todos lados, de Pozo, de Arica, de todas las comunas... de todas las provincias de la región llegan acá, porque no hay otro hospital público y no hay otro hospital en el fondo, que tenga la cantidad de especialistas, no tenemos psiquiatra de turno ni psicólogo ninguno, pero las consultas de salud mental de urgencia, llegan acá, esquizofrénicos, descompensados, trastornos bipolares, depresión, intento suicidio, todo se ve en esta urgencia" (Entrevista 18, Funcionario, 2017)*

Adicional al punto anterior, un eje transversal al indagar con funcionarios tanto de atención primaria como a nivel hospitalario, se encuentra que la **barrera idiomática** para atender migrantes de origen haitiano es crucial:

*“Mira, yo haría una pregunta distinta: ¿cuál es la principal falla para poder atender a los haitianos?, no es la disposición del personal, es la barrera idiomática, la **barrera idiomática es un riesgo sanitario** para todo el mundo y uno no quiere atender haitianos, sabe por qué? porque vienen más grave, porque no se puede comunicar, porque es un cacho, porque estás horas tratando, porque tienes que buscar al facilitador intercultural y no tienes las herramientas y es un riesgo para el haitiano y para uno, entonces esa cuestión nadie la puede... no se puede seguir soslayando y si es que el Piloto no consideró de una necesidad básica es la comunicación, entonces... estamos de acuerdo en la empatía y tenemos que convivir y no hay que agredir a la gente y los tenemos que tratar bien” (Entrevista 8, Funcionario, 2017).*

En la **zona norte** del país, la llegada de migrantes haitianos ha sido menor en términos de cuantía. Por este motivo abordar la barrera idiomática hasta el momento, ha sido menos complejo- Al ser pocos pacientes los que requieren de esta adaptación, los funcionarios hacen uso de su creatividad en aras de la comunicación. En un grupo focal de funcionarios se plantea el uso del programa Google traductor para atender a esta comunidad que está llegando de manera incipiente a la zona norte del país:

*“A diferencia de Santiago, acá población haitiana es poquísima, pero nos llegó una usuaria haitiana que a mí me la derivó en ese tiempo la XX, que estaba tomando ecografías, la matrona y el poder conversar con ella, el uso de la tecnología en este caso, el google traductor con el creolé fue buenísimo, porque ellos hablaban un poco español, estaban súper preocupados porque pensaban que les iban a cobrar en el hospital, que iba a quedar irregular entonces al momento de ir a revisarla tenía todo, entonces era más entregarle tranquilidad y hacernos entender” (Entrevista 29, Grupo Focal Funcionarios, 2017).*

Otra barrera reportada para la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes es la **dificultad de los trabajadores de salud para asistir a las capacitaciones** que se imparten en el contexto del Programa Piloto. Las barreras para asistir son relatadas en relación a sobrecarga laboral y/o la existencia de turnos a nivel de hospitales. Dichos turnos requieren ser cubiertos, no siendo factible que la persona salga a un curso, si bien los participantes parecen estar dispuestos a asistir si les liberan el turno:

*“Un día te dicen ya van a hacer el curso, necesitamos que vayan diez personas, o sea veinte personas, y tú tienes que preguntarle a uno por uno, quiere ir, quiere ir, no es que tengo esto, no es que tengo esto otro, no es que ya, y lo otro es que van es porque, ah ya si me libera del turno voy cachay, si no vengo a trabajar voy, cachay, entonces es como, eso es lo que yo puedo ver ahí en cuanto a lo que pueden intervenir en ese, en salud” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

Al indagar otras aristas de la implementación de Piloto Nacional de Salud de Migrantes, se perciben **dificultades para dejar registro físico y ordenado de algunas actividades**. Algunos participantes perciben presiones para entregar comprobación de las actividades llevadas a cabo, por ejemplo, listas de asistencia, fotos, entre otros. Según ellos estos registros no son siempre recibidos con agrado, ya que lo consideran atemorizante para los migrantes, algunos se encuentran sin regularizar su condición de residencia y prefieren las

instancias espontáneas y acercamientos informales a la comunidad, en lugar de las charlas organizadas. Por ejemplo, pasar lista de asistencia con número de teléfono y nombre sería una limitante importante para el acercamiento de los migrantes:

*“Así tan estructurado no resultó, no resultó porque tenís que tener a gente, yo te digo o sea es fácil poder juntar gente, pero sabes cuándo es más bacán, cuando te contacta un colegio, sabes que XX tengo reunión de apoderados, puedes venir a hacerme un taller, bacán, yo pesco mis cosas y me voy a la hora que sea cachay ... yo no voy a andar pasando lista en cada una de las actividades, como, que incómodo, después me quería cambiar no sé poh, el listado que yo le agregara los teléfonos, las direcciones, no le dije yo, nombre de la persona y firma fin, no necesito nada más de la gente... porque la gente no accedía a salud por el temor que lo denunciaran, porque el temor que los podían pillar y expulsar, y por un sinfín de cosas, si yo le pido tanta documentación, ellos son súper, súper quisquillosos cachay” (Entrevista 23, Funcionario 2017)*

A nivel de **facilitadores interculturales**, se encuentran algunas barreras en el proceso de implementar el Piloto Nacional de Salud de Migrantes. Las barreras, de acuerdo a su percepción, son principalmente aspectos prácticos que tienen relación con el espacio propio para atender a los pacientes, falta de un contexto físico que asegure la confidencialidad de la atención, dificultades para realizar trabajo en terreno y movilizarse, horarios rígidos de trabajo, en los cuáles muchos migrantes están en sus propias actividades laborales y dificultades para hacer un buen seguimiento en pacientes que cambian bastante de domicilio.

*“Nunca se esperaron tener tantos profesionales, tantos funcionarios ahí todo el rato en un horario X que muchas veces los espacios que vamos ocupando igual son como bien precarios en ese sentido, por decir yo si bien es cierto tengo un box de atención yo escucho todo lo que dice o está atendiendo el doctor ahí, todo lo que se habla en el SOME y hasta secretaria, entonces muchas veces hay que profundizar en una temática X y hasta uno, hasta yo me incomodo en que me van a escuchar... yo creo que en temas de espacio cuesta, el apoyo también, yo lo hablo desde mi punto de vista de hacer cosas afuera del CESFAM pero tener la movilidad o sea la disponibilidad de, de ir, por ejemplo, hay operativos que se serían súper buenos hacerlos fuera del horario de lunes a viernes de las ocho de la mañana a las cinco de la tarde” (Entrevista 24, Funcionario, 2017)*

Tal como se mencionó en un comienzo, las barreras referidas en los diversos niveles en que se desenvuelven los actores clave, dejan entrever falencias que ya se encontraban presentes en el sector salud y en diversos sectores (ausencia de trabajo intersectorial, por ejemplo) y otras que surgen a partir de la implementación del Piloto. De esta forma, la presencia de la comunidad migrante se transforma en una gran oportunidad para mejorar servicios que no solo van a ir en beneficio de ellos, sino que de toda la población.

## Percepción Facilitadores Implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales

Uno de los principales facilitadores en la implementación del Plan Piloto, es que en forma paulatina se ha ido instalando en el discurso de los diversos actores clave y funcionarios de salud el hecho de que **el acceso a salud es un derecho**:

*“Yo creo que de alguna forma se instaló la palabra... de que la salud es un derecho, que puede que el resto encuentra que es poco, pero yo encuentro que no es poco, o sea, yo valoro de ese proceso que de repente hacen entrevista en el Cesfam y sale la directora del Cesfam diciendo... **teniendo la conciencia de que la salud es un derecho**, los migrantes aunque sean irregulares tienen derecho” (Entrevista 37, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Desde el nivel de Autoridad-Representante Nivel Central, se destaca además la **visión de futuro que ha tenido el sector salud** respecto a cómo abordar el desafío que ha significado a nivel institucional la creciente llegada de la población migrante:

*“Nuestra institucionalidad y normativa está pensada en que la migración era evitable, era mala y era uniforme o unidimensional y la realidad demostró que es compleja, es eee... es inevitable en algún sentido y no es necesariamente negativa, mi impresión es que **la lógica que debería imperar para el diseño de políticas públicas es similar a la que ha tenido salud**, que en el fondo, hacerse cargo no como un problema, sino como un desafío, regularizar a la brevedad la situación de la población migrante e incorporarla a nuestra institucionalidad para que no solamente sean beneficiarios, sino que también aportantes” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Esta visión en términos de abordaje político ha sido el cimiento del Piloto Nacional de Salud de Migrantes y ha permitido avanzar en la temática desde diversas aristas.

En relación a las acciones, de acuerdo a la perspectiva de los actores clave, lo que más ha facilitado la implementación del Programa Piloto es el **compromiso y la voluntad de personas clave**, desde el Ministerio de Salud que ha estado permanentemente empujando la implementación y reforzando la importancia de la implementación del Piloto, así como personas clave a nivel de gestión y de funcionarios de salud que de manera perseverante, han mantenido su interés en esta iniciativa. Entre ellos se destacan funcionarios provenientes de las ciencias sociales:

*“Quienes son mucho más asequibles para cuando hacen los talleres de intervenciones son las asistentes sociales, han tenido un poquito más de apertura, las psicólogas se han ido uniendo en el proceso y el resto de profesionales, un poco para darle el enfoque derecho que corresponde a los talleres que estamos realizando y no entregarlo como información técnica en salud” (Entrevista 2, Autoridad gestión, 2017).*

*“Las asistentes sociales hacen esa pega, ya? por eso dentro de este tríptico que se entrega, a todos los pacientes migrantes se les deriva a la asistente social del SOME para que de orientación ponte tú, quedó un boliviano hospitalizado en cirugía y el familiar ahí, que cómo lo hago para... lo derivan a la asistente social que él califica, le pide todo el papeleo, o sea, le pide copia de todo el papeleo, de que*

*se declaró carente de recursos y solicita... ellos hacen como la calificación y levantan a Fonasa el requerimiento del RUT alternativo” (Entrevista 18, Funcionario, 2017)*

La labor de estos funcionarios es clave para la real incorporación de la comunidad migrante en las acciones del sector salud, ya que no solo actúan como *calificadores de recursos* para otorgar beneficios, sino que también facilitan el contacto con la comunidad.

De forma complementaria al trabajo que realizan las personas claves del sector salud, también han sido identificados **líderes comunitarios**, quienes han tenido un rol central en la difusión del Plan Piloto:

*“Los últimos cinco años, ellos han organizado [comunidad migrante]... se han organizado, tienen su representante de cada comunidad extranjero, de cada país, están siendo... bueno, tanto por un trabajo del hospital, involucrados en mesas de trabajo o en consejos consultivos” (Entrevista 18, Funcionario, 2017).*

Una acción que ha sido valorada como facilitador a nivel de funcionarios, fue el haber ya recorrido un camino previo subsanando las falencias anteriores a la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes. Ese recorrido previo, con varios tropiezos, dio paso a percibir la **implementación del programa desde una mirada positiva**, de resolución de problemas que ya existían:

*“Yo creo que comunalmente más que nada como en el flujo de paciente, como que pasan del nivel primario al secundario, como ahí, yo creo que a nivel país debe ser más fuerte el impacto general, como mi apreciación porque si no tenían nada tampoco en los CEFAMS se podían atender, es como partir de cero nosotros ya llevábamos un camino avanzado antes pero el tener la ley y el piloto igual, aunque ya teníamos las acciones a nivel local igual es mejor como que le da sustento a la toma de decisión local y en el caso de que hayan personas que a lo mejor no están tan comprometida con esto y ya con esto puedan estar en la misma línea” (Entrevista 35, Funcionario, 2017).*

Otra acción percibida como facilitador para la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes es la elaboración y aplicación de un **instrumento** específico que **registra datos** de los migrantes, siendo ésta una iniciativa local de uno de los hospitales en los cuales se realizó la recolección de datos:

*“Lleva la ficha clínica y en eso estamos trabajando, ahora pa a poder validar ese instrumento... de hecho ese instrumento lo empezamos así ya realmente a utilizarse, como cuándo, unos tres, cuatro meses?... ya?, es como hart, entonces de aquí yo puedo sacar Perú, Haití, te das cuenta? aquí vamos por la previsión, ya? el eee y las nacionalidades” (Entrevista 8, Funcionario, 2017).*

En relación a los sistemas de registro, el uso del **sistema de informática AVIS** para organizar agenda en los CESFAM por parte de los facilitadores interculturales ha sido evaluado como un importante facilitador:

*“Es un sistema que opera acá en el servicio de salud y yo tengo mi clave y si el administrativo no quiere agendármelo o no quiere inscribir al paciente porque no sé poh, le cayó mal o no sé qué, no si yo le digo señora de una patá, su carnet, su documento, listo, acá, listo, con quién tiene hora? con médico, ya, dele hora, está con médico usted, tome, pá... o puedo hacerlo, esa herramienta tengo yo, entonces yo no soy dependiente, yo mismo soy, me entiendes?” (Entrevista 14, Facilitador Intercultural, 2017).*



En síntesis, los facilitadores para la implementación del Programa Piloto van desde una visión política que da sustento a la iniciativa, así como las voluntades y esfuerzos personales de algunos agentes claves, hasta herramientas técnicas de informática que han impactado en la mejora de acceso y en el registro de la comunidad migrante.

## Percepción Efectividad Implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes Internacionales

La percepción de participantes a nivel central de autoridades es que existen **avances** en términos de **manejo de normativa** para atender a la población migrante y además para hacerlo con mayor sensibilidad:

*“Yo creo que hemos avanzado con la sensibilización de los funcionarios, hay varios estudios que nos reportaban hace años atrás, la existencia de maltrato por un lado o desconocimiento de la normativa aplicable a población migrante... la capacitación lo que ha ido haciendo es cerrar brecha de información, o sea, que los funcionarios conozcan la normativa y la apliquen correctamente” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Algunos efectos de la implementación del programa Piloto, se pueden ya percibir en la **forma en que atienden a los migrantes** en el CESFAM:

*“Yo diría que bien, que bien, no hay mayores problemas, no hay rechazo porque además tenemos protocolos bien establecidos, de buena atención y no de discriminación en el fondo” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

A nivel local, la percepción sobre la efectividad de la implementación de las medidas varía según la comuna en la cual se aplica el programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes:

*“En Iquique uno de los temas fue que **no tuvimos uno de los productos concretos que era el diagnóstico de la población migrante**, que era una de las tareas que tenía que hacer la Seremi de salud, eso no se logró en el caso de Iquique y lo otro tiene que ver con... como con la coordinación o un actuar conjunto del sector, entonces ahí era el servicio de salud haciendo alianza con Fonasa donde fueron sacando adelante las tareas, ya? entonces la Seremi ahí se quedó atrás, ya?, eso yo diría que es lo más evidente digamos, en los **otros regiones y servicios funcionó bastante bien**, las debilidades pudieron haber estado en otros ámbitos, pero como... o sea, porque una de las apuestas del Piloto era la coordinación era intra e intersectorial, ya?, es decir que todos los sectores de salud, cumpliéramos nuestros roles en el Piloto con criterios comunes y eso funcionó bien, salvo en Iquique” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

En las otras comunas, los participantes del sector sanitario central perciben como consolidado el trabajo en torno al Piloto, aunque no en la totalidad de las instituciones convocadas. Un ejemplo fue el Hospital San José, que participó parcialmente:

*“El XX(hospital) nunca se quiso subir oficialmente y más bien hubo como resistencia tanto a nivel de autoridades como de funcionarios de asumir el Piloto, por lo que entiendo aludió la Autoridad del hospital, es que si no había recursos frescos, él no lo iba a hacer, lo cual es bastante paradójico porque el hospital San José, es el... si no el primero, el segundo hospital en tener más población migrante en todo Chile” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

La opinión de los participantes a nivel central, es que las **mesas de trabajo** diseñadas para aplicar el Plan Piloto, tuvieron **distintos niveles de rendimiento**, alcanzando en algunas una mayor consolidación que otras:



*“Hice un monitoreo bastante cercano de cómo funcionaron las mesas, las cinco mesas Pilotos, bueno, hay resultados dispares, o sea, hay mesas que resultaron y funcionaron muy bien y otras que en la práctica tuvieron un muy discreto funcionamiento o que trabajaron sólo algunos de los entes y no funcionó como... la coordinación así como estaba diseñada, ya? **las que funcionaron muy bien son: Arica y la Metropolitana...**” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Aunque el avance logrado con la implementación del Plan Piloto se percibe a nivel central de autoridades, también van apareciendo algunas dificultades asociadas a éste, las que aún están en vías de ser subsanadas, como por ejemplo, se perciben dificultades respecto a la **trazabilidad de los pacientes migrantes**:

*“Yo creo que **el mayor desafío que tenemos en términos de sistema de información** es la... lo que nosotros denominamos la trazabilidad de los pacientes, por qué, porque tenemos un número identificador provisorio que dura un año, que es renovable y que teóricamente la persona va a poder regularizar, entonces en algún minuto va a tener su visa temporal y va a tener un RUT, un RUN nacional, entregado por el registro civil, entonces cómo hacemos el link en los registros de salud, entre el número provisorio y el RUN definitivo, ya?, entonces ahí tenemos que se nos... si no está ese link, esa vinculación se nos puede perder el paciente en las fichas clínicas, en el registro clínico electrónico, entonces eso afecta la continuidad de la atención... que no se nos pierda o que no haya duplicación de datos, que le abramos dos o tres fichas con distintos números, eso es un desafío que está pendiente” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

En resumen, de acuerdo a las autoridades de nivel central y sus representantes el **Piloto Nacional de Salud de Migrantes es positivamente percibido**, se pueden apreciar importantes avances y algunas tareas pendientes. A nivel de autoridades de gestión, la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes se percibe como un proceso que ha ido avanzando, que tiene importantes logros en términos de ordenamiento, diagnóstico, acceso y uso del sistema sanitario, tanto a nivel APS como en la llegada de migrantes a los hospitales. También se aprecian importantes iniciativas de sensibilización, capacitación y aplicación de nuevas normativas, las que permiten avanzar a los procesos de manera paralela:

*“El Ministerio de Salud, como usted sabe, hizo un trabajo importante para poder facilitar el acceso a la salud a todos los migrantes, independiente de su condición migratoria, tuvieran o no tuvieran regularizados sus papeles. Se gestó esta iniciativa de que ellos se incorporaran como un grupo más de personas con dificultad o carentes de recursos como para poder acceder a la salud, y eso permitió que Fonasa pudiera otorgar la cobertura y poder clasificarlos como tramo A cuando la condición lo amerita, para que independiente de su condición migratoria ellos puedan tener acceso, eso fue desde el punto de vista administrativo. También hemos tenido que hacer un trabajo de capacitación y de sensibilización importante, lo que efectivamente en un principio hubo como una suerte de rechazo, un poco de discriminación respecto de la llegada de determinados grupos migrantes. Se tuvo que hacer un trabajo de sensibilización que nos tomó casi dos años” (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017).*

Inicialmente el Programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes llega a las comunas como un **lineamiento, en lugar acciones concretas**. Poco a poco las comunas van avanzando en estrategias de evaluación de la atención de migrantes, sin embargo, **las acciones** para llevarlo a cabo **no son uniformes a nivel de país**:

“Cuando nosotros hicimos las orientaciones igual ahí tuvimos diferencias con redes, o sea, **yo creo que redes pedía más libertad respecto a lo que pudieran desarrollar los equipos a nivel local eee y nosotros pensamos que debía haber más orientación**, o sea, también hubo una discusión interna del tamaño de las orientaciones y finalmente se decidió que en la orientación técnica, incluso donde pusimos las recomendaciones internacionales quedó en siete páginas! y nosotros pensábamos que iba a ser mucho más, pero bueno en este... con los actores que estamos, igual uno tiene que negociar, son los equipo de redes quien tiene que implementar y bueno, el juicio o el criterio que se utilizó fue que en realidad nadie... **tampoco una orientación muy larga van a leerla**, te digo así ese tipo de juicio y finalmente se decidió porque fuera más eee que a mí no me parece mal, ah? era una decisión, pero tuvimos esa discusión, porque **también de alguna forma hay equipos que hicieron cosas súper interesantes en ese espacio de libertad**” (Entrevista 37, Autoridad nivel central, 2017).

**“El Piloto cuando comienza no da directrices como específicas**, como que deja cada comuna poder desarrollar acciones para desarrollar de acuerdo a los recursos que habían incorporado, entonces frente... **lo que tuvimos que partir haciendo un diagnóstico**, como no había en la comuna y empezar a ver cuáles eran los lineamientos, entonces ahí donde nace también la necesidad de esta mesa porque nos dimos cuenta que salud tiende a liderar mucho los procesos, seguimos liderando en la comuna, pero incorporamos al intersector y a las unidades del municipio porque era importante estar como conectados” (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).

Con el inicio del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, se da inicio a actividades de diverso tipo, algunas de **diagnóstico**, difusión, reflexión que dan origen a la **detección de ciertas falencias** y adicionalmente se ponen en marcha acciones dirigidas a implementarlo:

**“Nos dimos cuenta que una de las primeras brechas era una barrera administrativa** y de ahí seguida de varias otras cosas más, **entonces estos diagnósticos nos ayudaron para evidenciar esto y documentarlo**, estrategias eee además se hicieron capacitaciones a los funcionarios de salud, primero para que conocieran la temática, migración y salud y además para sensibilizar” (Entrevista 12, Autoridad Gestión, 2017).

Algunas de estas iniciativas por poner en marcha el Piloto Nacional de Salud de Migrantes han tenido éxito a nivel local y han sido imitadas por otras comunas:

**“Fue una iniciativa local y que ahora por lo que... como vamos a las reuniones de la mesa de Seremi, nos dimos cuenta que todas las otras comunas nos han estado copiando porque la buenas prácticas se copian”** (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).

Participantes evalúan positivamente que el programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes se haya instalado en su comuna, dando un punto de partida simbólico a las acciones concretas para incorporar a migrantes:

**“El hecho de que hayamos sido Piloto permitió que esto fuera rápido, que el tema fuera importante, que se relevara y que se hablara, y se hablara, y se hablara, y se hablara, por qué? porque a veces las normativas están, pero las personas que están en la primera puerta de entrada a veces [Respecto al cambio de actitud que han tenido los funcionarios al atender a Migrantes]”** (Entrevista 26, Autoridad Gestión, 2017).

La percepción de los actores a nivel gestión da cuenta de una mejor llegada de los propios pacientes migrantes a los servicios de salud, probablemente al sentir que no deben tener temor de deportación o denuncia:

*"El objetivo del Piloto era conseguir el acceso a la atención de salud de la población migrante, entonces por lo tanto **la estrategia de difusión, de motivación para que la gente acceda a los consultorios, yo diría que ha sido la que más ha funcionado... lo que había que hacer desde un principio era como ir disminuyendo el temor, sobre todo de la población irregular... entonces ese temor de acceder al nivel institucional, yo diría que se ha disminuido enormemente**" (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

La atención de **salud exenta del componente de regularización** de residencia comienza poco a poco a dar frutos y desde el inicio se percibe un avance en la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes:

*"Esa información la fuimos recopilando, cuáles fueron las brechas que tenía la población migrante para acceder a salud y ahí nos dimos cuenta que una de las primeras brechas era una barrera administrativa y de ahí seguida de varias otras cosas más, entonces estos diagnósticos nos ayudaron para evidenciar esto y documentarlo" (Entrevista 12, Autoridad Gestión, 2017)*

Algunos de los actores a nivel gestión tenían experiencia anterior, incluso desde el inicio del fenómeno migratorio, esto les permitió conocer la temática desde diferentes aristas, lo cual fue un aporte para que la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes fuera exitoso. Por ejemplo, conocer el problema de los **ingresos tardíos al control de embarazo** que ha sido una preocupación permanente a nivel central, gestión y funcionarios:

*"A mí me correspondía en mi otro trabajo hacer las visitas domiciliarias para buscar a las **personas inasistentes a los controles de embarazo**, que es un tema que a nosotros nos preocupa mucho" (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017).*

En la **zona norte** del país se perciben avances en las políticas y puesta en práctica de la atención de migrantes, sin embargo, persiste inexactitud en cifras y el remedial avanza lentamente. La falta de sistemas de catastro que sean específicos y eficientes, introduce un elemento de incerteza en la puesta en marcha de programas y evaluación del impacto que generan. Por ejemplo, uno de los programas informáticos que se utilizan en APS, se denomina Rayen, pueden llegar a una aproximación de las cifras:

*"Sí, sí varió, mira eee, supuestamente nosotros eee, inscribimos como a cinco mil y tantos inmigrantes nuevos ya? de diferentes nacionalidades... hace un año, entre un año y este año, ya? Y claro que ha variado la población poh, ponte tú, lo que pasa es que tienes que inscribirte acá (...) nosotros hemos aumentado nuestra población poh, pero yo no puedo reflejarte a decir mira sabes que al dos mil catorce yo tenía ciento sesenta mil y ahora tengo ciento sesenta y tres mil, porque van descontando los que se trasladaron, ¿de la gente que murió te fijas? Así grosso modo tú me decís, ah les aumentaron tres mil deben ser los migrantes, no, no solo migrantes, me aumentó la población, pero si yo voy al detalle mismo puedo sacar planillas donde dice cuántos inscritos tengo de los inmigrantes por el Rut, porque te dicen que sobre el Rut cuarenta son [migrantes]" (Entrevista 17, Autoridad Gestión, 2017).*

En resumen, a nivel de autoridades que se desempeñan en el área de gestión, existe la percepción de avances importantes en la atención de salud de migrantes. La implementación del programa **Piloto Nacional de Salud de Migrantes ha sido fundamental en que se inicien los cambios** y los avances vayan concretándose, aunque participantes señalan que quedan tareas pendientes u otras que han sido retrasadas por acciones externas a dicho programa, que sin duda es evaluado como efectivo.

Entre los entrevistados que son **funcionarios de salud**, se puede apreciar una trayectoria desde la llegada de las comunidades migrantes a Chile, la evolución de la acogida del equipo de salud, y la forma de incorporarlos a nivel sanitario:

*“De la población en realidad **existe una adaptación obligada** en el fondo **del equipo**, eee, si bien hubo mayor eee, resistencia con la población peruana que llegaron, los primeros, que no sé, hay una cuestión cultural ahí yo creo, que produce más barreras todavía, pero cuando uno va viendo varias poblaciones que van llegando, diferentes tipos de culturas, eee, se van ya eliminando las barreras, y entonces encontray que no sé poh ya, las cosas positivas” (Entrevista 31, Funcionario, 2017).*

Participantes funcionarios están conscientes del **impacto positivo** que ha generado el programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes. Perciben una línea de tiempo en los avances y su forma de trabajar ha sido modificada para dar curso a los objetivos que dicho programa traía:

*“Lo trabajamos con las unidades de admisión y de recaudación, donde vino la gente de Fonasa, vino la gente de la Seremi, los capacitamos, todo!... y ay del que le cobre ahora! porque... Pero cómo le cobran! ay, es que me equivoqué, arréglole al tiro!; eso nos pasó al principio, ya desp... ahora, actualmente ya no tenemos esa dificultad... Se ha normalizado y además se ha normado que debe ser así, entonces ya la gente también ha hecho un cambio se switch digo yo... porque ahora nuestra realidad país cambió! y nuestra... particular nuestra ciudad también cambió, entonces nosotros tenemos, como decimos nosotros tenemos que ir sumándonos a los nuevos tiempos” (Entrevista 28, Funcionario, 2017).*

Los participantes comentan que las comunidades se van adaptando a una modalidad de atención que les es de utilidad para resolver los temas de salud:

*“Yo lo que veo es que vienen para acá, o vienen al SAPU, entonces es como la alternativa que tienen eee, de poder venir y ser atendido” (Entrevista 9, Funcionario, 2017).*

Un efecto de la implementación del Piloto que se reporta con frecuencia es la **adaptación de los sistemas información** a los pacientes que son migrantes y se acercan a consultar:

*“Sí, se le da orientación, tenemos la OIRS que es la sala donde ellos pueden pedir información... trípticos donde salen la dirección, incluso hay uno donde sale un mapa de donde están, entonces se le da toda esa información” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

Entre las temáticas indagadas se observa una capacidad de adaptación importante entre los funcionarios quienes ponen en práctica las normativas y directrices elaboradas a nivel central.

La impresión que tienen **facilitadores interculturales** es que el Piloto ha permitido avances sustantivos en el tiempo, permitiendo explorar áreas y mejorar algunas otras:

*“Se implementó el plan Piloto acá de programa migrante, ya? en lo cual yo el año pasado empecé a trabajar, voy trabajando un año dentro de la unidad rural, el valle XX eee en lo cual ha sido un poco complicado igual de poder lle... acercarme a la comunidad migrante, de que ellos pudieran hacer sus controles, tener una atención adecuada y de calidad en la unidad... gracias a Dios he tenido comunicaciones directas con algunas instituciones, puede ser la Direm, jesuita migrante eee tengo... conexión igual con extranjería, ya? y tengo esos apoyos que a lo mejor a veces, muchas veces salen de mi mano y tengo que solicitar ayuda por esos medios, entonces igual me canalizan información para yo dar información a la comunidades migrantes” (Entrevista 14, Facilitador Intercultural, 2017).*

Los avances percibidos se dan en muchos ámbitos, desde la entrega de información hasta el impacto directo en la salud de la comunidad.

En síntesis, se ha logrado instalar la temática de salud de migrantes y sus derechos en distintos niveles del sistema de salud, se ha sensibilizado a los equipos de salud, han surgido muchas reflexiones en torno a la temática migrantes y en cuanto a cómo está funcionando nuestro sistema de salud y han emergido nuevos desafíos que enfrentan al sistema de salud, al diseño de nuevas estrategias para seguir avanzando en la inclusión de la comunidad migrante.

## Temáticas referidas por Actores Clave

### Acceso y Uso de Servicios en Salud

Respecto al acceso y uso de servicios, persisten algunos desafíos referidos al **flujo entre niveles de atención**. El tema específico sobre el acceso de migrantes hacia la **hospitalización**, ha sido cubierto, en primer lugar, desde un punto de vista de la reglamentación, siendo simple cuando el paciente migrante posee residencia y número de RUT:

*"Siempre vamos a tener que distinguir dos cosas, una es la población migrante en **situación migratoria regularizada que o va a tener su contrato de trabajo y su previsión, su Fonasa, por lo tanto, es el un usuario más**, no hay problemas ahí... en el caso de la población migrante no regularizada, lo que tenemos es a partir de junio del dos mil dieciséis, mayo, junio del dos mil dieciséis, la implementación del decreto sesenta y siete, que es lo que hace es otorgar un número identificador provisorio, cierto, para que pueda ser beneficiario del sector público de salud" (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Algunos participantes reconocen que aún persisten dificultades en torno al acceso, aunque hay una forma de trabajar, que poco a poco ha ido dando resultados y principalmente detectando aspectos por mejorar:

*"Con la oficina migrantes, sobre todo en los últimos años hay una relación muy estrecha, de manera de estar permanentemente pesquisando a todas las personas que estén en situación irregular y puedan tener acceso a la salud, por lo menos a la salud primaria, digamos por... para que mínimamente frente a un accidente, frente a... y si hay niños y embarazadas, con mayor razón aun, no?, entonces se ha hecho todo lo posible como para que las barreras... disminuir las barreras, no?" (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

Un problema frecuente de acceso consiste en que **algunos grupos de migrantes llegan directamente al Hospital**, sin haber sido enrolados en el CESFAM previamente:

*"Hay mucha gente por ejemplo que llega al SAPU, al **servicio de urgencia, sin estar inscrita en el consultorio por ejemplo, es como para resolver la urgencia, no cierto?... sin pasar por el consultorio y de hecho el hospital también se queja de eso, no?, se queja de que la gente no se atiende a nivel primario y en el caso, claro, de la comunidad migrante" (Entrevista 1, Autoridad gestión, 2017)***

En el caso específico de la comunidad haitiana, los pacientes carecen de cultura de APS, faltando la mirada preventiva de la salud. Los pacientes haitianos acostumbran ir al médico sólo cuando están enfermos y muchas veces con síntomas ya mantenidos en el tiempo o graves:

*"La **población haitiana se da que ellos tienden a saltarse normalmente el control de atención primaria** y llegan directo a nivel secundario, por tanto, nuestro desafío ahí estaba enfocado, más con la población haitiana que no tiene la cultura de venir a verse, a controlarse, prevenir o promoción en salud" (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).*



Respecto a la comunicación entre APS y el sector secundario, un problema que afecta la atención de población migrante y nacional es la ausencia de comunicación en términos informáticos. **Entre APS y Hospitales no se conoce un intersistema informático.** Esta es una barrera que perjudica mucho el trabajo de derivación y el funcionamiento del sistema de salud en general:

*"El desafío mayor es poder trabajar con el CESFAM DDD, el [CESFAM] KKK y en general el [CESFAM] JJJ con un mismo sistema, que nos permita estar en red y poder vincularnos, porque a veces derivamos a un mismo paciente dos veces al hospital, porque ese paciente retira dos veces alimentos o medicamentos... Nunca hemos logrado tener un mismo sistema, antes usábamos rezebra y ellos usaban rayen" (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).*

Estos **sistemas computacionales no asociados** perjudican el flujo de los pacientes de un nivel al otro y también de su información clínica, no hay acceso a saber sus antecedentes mediante este mecanismo:

*"Son distintos sistemas y como esa... en la comuna XX por ejemplo es... es independiente tiene algunos servicios que son independientes al... a redes, son como salud de la institución XX, lo de liderar, entonces ellos tienen programas distintos" (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017).*

Una dificultad que permanece en el tiempo y que afecta tanto a pacientes chilenos como migrantes, son las **listas de espera a nivel secundario**. Quienes trabajan a nivel gestión, conocen esta problemática y han realizado un importante esfuerzo por cambiarla. Entre estos esfuerzos destaca la facilidad para el profesional de salud extranjero, quien tiene la posibilidad de ingresar al sistema público de salud:

*"Lo otro que ha ayudado bastante tiene que ver con que el ingreso de profesionales extranjeros especialistas a los hospitales... nosotros teníamos un déficit importante de médicos, que significó generar grandes listas de espera y atrasos en la atención de especialidad, nosotros hicimos la apuesta de ir autorizando el ingreso de médicos extranjeros, o médicos chilenos con estudios en el extranjero, para que vinieran a suplir esta falencia... Hemos ido autorizando una gran cantidad de médicos extranjeros, muchos médicos venezolanos, cubanos, colombianos, más bien venezolanos y cubanos generalmente, bolivianos, y eso ha ido permeando en los usuarios del sistema público y están bien evaluados, sobre todo del punto de vista del trato, de la forma, de la motivación digamos de la vocación, de aspectos vocacionales" (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017).*

Para gestión, la mirada sobre el acceso y uso de servicios de salud por parte de migrantes en el país, coincide en que dicho acceso se ve parcialmente limitado por costumbres propias de cada comunidad y por otra parte, la necesidad de un expedito sistema de informática que vincule APS con el sector secundario de salud. Una necesidad que está siendo parcialmente cubierta por el sector gestión es la **contratación de especialistas de origen migrante**, quienes están llegando a cubrir plazas de trabajo a nivel primario y secundario.

Respecto al acceso y uso de servicios es interesante rescatar la mirada de los **facilitadores interculturales**, quienes visitan constantemente los territorios, lo cual les permite observar la realidad, ver evoluciones, trayectorias y comparar. Desde la mirada de los determinantes sociales de la salud, es relevante captar estas realidades en terreno. La percepción es que los

campamentos donde viven los migrantes se han ido organizando y tienen sistemas altamente competentes para acceder y usar el sistema de salud chileno, hay un aprendizaje:

*“Los campamentos que si tú te pones a pensar tiene un estructura social súper potente y tiene un trabajo una comunidad que ni siquiera en las poblaciones se ve eso, o sea es como otro enfoque de comunidad, por ejemplo no sé, hay una usuaria que está sin controles sin nada y la presidenta de la junta de vecinos o del campamento en este caso sabe que en el consultorio sí se atiende si sabe la normativa, ella es como el puente para que la usuaria llegue a los controles... entonces esas redes son súper interesantes porque realmente se hace comunidad, y uno visualiza mucho más esas experiencias ahí en el territorio” (Entrevista 24, Funcionario, 2017).*

Conocer cómo opera el sistema permite utilizarlo, por una parte y evitar roces por mala utilización e incluso críticas, en algunos casos.

De esta forma, el efecto que ha tenido la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes ha sido positivo, hay barreras de acceso y uso que ya no se presentan y las comunidades migrantes se han organizado para acceder mejor.

## Necesidades detectadas en Salud

Entre las necesidades de salud percibidas por el sector gestión, se encuentran aquellos vinculados a la **detección preventiva o temprana de factores de riesgo o patologías**. Importantes resultados de detección de falencias a nivel de salud pública se encuentran vinculadas a las gestantes de todas las comunidades. Varios participantes señalan que dichas mujeres migrantes, hacen un **ingreso tardío del control de embarazo**, lo cual causa impacto sanitario en la madre, eventualmente en el hijo y por otra parte en las metas sanitarias de cada establecimiento de salud:

*“La pega que nos queda ahora con éste tema es empezar a ver ése número de gestantes, que yo las tengo identificadas por CESFAM, cuáles son las causas del ingreso tardío, porque capaz que en la raíz de esa causa del ingreso tardío no tiene que ver un proceso de responsabilización qué es lo que nosotros hacemos, el usuario que es irresponsable, el usuario no viene... hacer una ficha local, que no lo hemos hecho pero necesitamos empezar a hacerlo, ya, ingreso tardío mes tanto, y qué, ya, que alguien sea **encargado de reportar cuál es la razón del ingreso tardío, para empezar a hacer un perfil de por qué las mujeres migrantes entran tardíamente**, porque capaz que no le estamos achuntando a la estrategia” (Entrevista 25, Autoridad Gestión, 2017).*

Este hallazgo, parece ser fundamental en términos de pesquisa de instancias de intervención efectivas para comunidad migrante. Los entrevistados del sector gestión son optimistas en relación a los resultados de salud que se vinculan a la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, habiendo sido capaces de **identificar requerimientos específicos, generales y agilizando algunos procesos**.

Las necesidades de salud visualizadas por los **funcionarios** también enfatizan la importancia de la pesquisa y prevención. En la zona norte del país, los funcionarios de APS explican que



las pacientes migrantes en edad fértil han avanzado mucho, logrando una buena adherencia a los controles y programas de salud dental, específicamente a los que apoyan a las mujeres gestantes:

*“De las prestaciones que otorgamos, por ejemplo dental si uno analiza la población chilena migrante gestante quienes no pierden las citas son las emigrantes, vienen a todos sus controles dentales, ¿Tienen mayor adherencia? P: Mayor adherencia, pero a dental” (Entrevista 21, Grupo Focal, 2017). Dicha adherencia a controles dentales en gestantes es considerada un logro a nivel funcionario.*

Dicha adherencia a salud dental durante la gestación, no resuelve el problema del ingreso tardío al control de embarazo, pero es un avance. Por otra parte, para los pacientes migrantes que son detectados como **VIH positivos**, existe una organizada implementación de tratamiento, exámenes y monitoreo de avance de la patología. Un entrevistado explica de qué manera operan los flujos de derivación, articulados con una fundación después de haber logrado la pesquisa:

*“En Santiago centro, nosotros funcionamos con derivaciones, lo que tenemos es un gran fuerte que nosotros somos un hospital... hay una fundación, que se llama la fundación XX que esa fundación trabaja con todos los pacientes que son, tienen serologías positivas, entonces ahí se les deriva y se les empiezan a hacer los exámenes, les dicen ya tienen que venir a tomarse los exámenes acá, tienen que ver los niveles, ahí tienen médicos, les dan los medicamentos y les dan todo lo que es la, todo lo que es sus medicamentos para tratarse, los retrovirales” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

Otro resultado a nivel preventivo, se puede encontrar en la zona central. Existe una mayor **pesquisa de patologías, principalmente estacionales**, entre otras. Dichas pesquisas y los respectivos tratamientos se realizan principalmente en la comunidad haitiana. Según la percepción de los trabajadores de salud esta mayor prevalencia de ciertos problemas de salud, responde a que los programas chilenos son más avanzados, por una parte y, por otra parte, a que los migrantes presentan una reacción intensa frente al clima del país, sin contar con la protección de esquemas de vacunación de Chile, ni tampoco la familiaridad inmunológica que deja el haber tenido contacto anteriormente con el fenómeno. Dichas falencias los deja en desventaja frente a algunos patógenos:

*“Consultan mucho por **enfermedades estacionales**, enfermedades estacionales, ponte tú ahora un resfrío y un resfrío que, yo siempre les pregunto, cuanto tiempo llevai acá, dos meses y es un resfrío que nunca se habían resfriado en su país poh, o sea dolores de cuerpo cosa que te duele todo el cuerpo, la cabeza, la garganta, tos con expectoración entonces a lo mejor nunca lo habían vivido en su país entonces para ellos es como casi que se están muriendo, y nosotros lo vemos tan normal... más enfermedades gastrointestinales ponte tú los emigrantes peruanos porque les ponen mucho aliño a las comidas entonces eso les provoca no sé puh, cálculos a la vesícula entonces va de la mano con la dieta que van teniendo ellos, cachay entonces, y los otros demás son todos estacionales así como resfríos, así como más respiratorio, y últimamente eee, igual harto como que, se ha ligado un poco no sé si a salud pero si como a hechos de violencia ponte tú, hechos de violencia, no sé de repente peleas entre ellos” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

Dentro de la comunidad migrante, de acuerdo a los funcionarios de salud, lo que más se pesquiza son **infecciones respiratorias, gastrointestinales y lesiones por riña**. Estas detecciones o pesquisas, constituyen un resultado de salud, en la medida que permite ir conociendo cuáles son las necesidades sanitarias y sociales de la población migrante. Sin duda **es un avance poder dirigir los esfuerzos hacia problemáticas propias de cada comunidad**.

El programa Piloto Nacional de Salud de Migrante ha permitido ordenar las atenciones, sus causas, tener control sobre la evolución, dejar registros, entre otras acciones propias de APS. Ordenar los datos de atención, permite canalizar energía con una mirada de salud pública. Entre los entrevistados, se percibe esa mirada a nivel poblacional o social, siendo una preocupación que puede dar importantes frutos:

*“Nosotros tenemos harta cantidad de... **consultas por traumas o por agresión**, por accidentes, por sobre todo la población... bueno, no te puedo decir no lo hemos tipificado, pero ponte tú colombianos, la población colombiana es frecuente sus riñas y sus peleas y su... no sé poh, **heridos por arma blanca, baleado... Traumatológico, claro, por traumas de todo tipo, heridas penetrantes**, no sé, fractura... se ve más en la comunidad colombiana o en gente de nacionalidad colombiana que en otras comunidades” (Entrevista 18, Funcionario, 2017).*

Gracias a la implementación del Piloto Nacional de Salud de Migrantes se ha mejorado la detección, tratamiento oportuno y control de **TBC** en la comunidad:

*“Se han tomado medidas, si bien eee, cuando se detecta una persona que tiene tuberculosis y vive con muchas más, que hacen, se le empiezan a **hacer los exámenes a todos, entonces ponte tu empezamos a llamar a los familiares**, los que viven con él, y si tienen, le empiezan a dar tratamiento” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

El contacto o **consumo de elementos tóxicos como pesticidas, ya sea por error o de manera intencional**, es una conducta presente en la región norte del país, especialmente reportada en la zona cercana a Arica. Esta situación es una preocupación constante entre los funcionarios de salud quienes la reportan como necesidad de urgente solución:

*“**La gente se deprime con mucha facilidad**, la mayoría de los intoxicados es porque han tomado veneno a consecuencia de que su pareja que viene de Bolivia, de Perú o de donde sea, lo dejan, porque no se acostumbra, no se adapta o por circunstancias de alcoholismo de la persona y lo abandona y esa situación los lleva a tomar pesticida, ahora lamentablemente lo tienen al alcance porque ellos mismos son los que hacen las fumigaciones y tienen un alto cantidad en los hogares, de hecho muchos niños han tomado” (Entrevista 16, Grupo Focal, 2017).*

**Suicidios e intentos de suicidios son una realidad que preocupa sobremanera a los funcionarios** de Arica y que estaba invisibilizada anteriormente, previo a la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes.

Un área percibida como importante por los funcionarios, es la **salud mental**. Aunque no son tantas las consultas de esta área, se percibe de manera generalizada que el cambio del país de origen a otra cultura, otro clima y otra cosmovisión va afectando día a día la salud de los migrantes de manera directa o indirecta:

*“En el fondo en la escuela a ti te enseñan la depresión occidental, la gringa, la argentina qué sé yo, la chilena, pero además el tema del caribe es muy diferente, el clima como los afecta eee, es diferente y además el concepto de salud mental es muy diferente, eee, el dominicano cuando se enferma acá y le da una crisis de pánico, no lo entiende, nosotros por cultura sabemos lo que es una crisis de pánico, sabemos lo que es el estrés pero el dominicano no sabe, el cubano... I: ¿Y les pasa las crisis de pánico?  
P: Les pasa!!! les empieza a pasar acá en Chile porque acá en Chile tenemos, andamos todo rápido, andamos todos enojados, andamos todos molestos pero en el caribe, mami... es otra cosa, se molestan por otras cosas entonces eee, o yo he tenido familias, un colombiano que era un chico de diez y seis años y que empezó a desarrollar crisis de pánico y mal, o sea se tuvo que ir a un centro de especialidad, no podía despegar y el papá me decía, es que yo no entiendo, porque en mi país estas cosas no pasan, los niños juegan a la pelota pero acá no pueden jugar a la pelota, acá no hay áreas verdes, acá los niños no juegan libres entonces efectivamente ellos se empiezan a enfermar de cosas de las cuales estamos enfermos [En Chile]” (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017).*

Funcionarios reportan importante detección de problemas de salud mental a nivel de migrantes. La forma de vida en Chile, los temores sociales, las precauciones, el stress, la premura con que se solicita todo, son situaciones a las que no estaban acostumbrados los migrantes, especialmente los que vienen del caribe. Este aceleramiento afecta la salud mental de las comunidades, además de los determinantes sociales de salud que suman como factores de riesgo para salud mental.

## Condiciones de vida de la población migrante

En términos de fenómeno social, las autoridades de nivel central coinciden en que es difícil describir que implica la llegada de migrantes y cuáles son las características, en todas las dimensiones. **Cada grupo y sub grupo de migrantes tiene sus particularidades**, que también interactúan con la ciudad o comuna a la que llegan a vivir y con el tiempo que llevan en el país:

*“El fenómeno migratorio es tan distinto, es difícil hablar de un... si en el fondo uno distingue por ejemplo la situación de salud de la población migrante de Haití con el tema, con la barrera idiomática es muy distinto de lo que existe por ejemplo en la población migrante de Antofagasta, en el fondo que son otros problemas de salud, que tienes otros problemas culturales, que tienes otro choque cultural con la población chilena de Antofagasta, entonces no me atrevería yo a definirte uno, me parece que es distinta su situación, que es distinta la situación de la población migrante si se quiere en el fondo o las relaciones que hay entre los sistemas de salud chileno y el argentina en el extremo sur, en el fondo la pregunta misma me obliga caer en el pecado que yo he criticado, cachai, que el fenómeno migratorio no es... o sea, al ser tan distintos eee no te podría, no me atrevería a decirte, a darte una respuesta única” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, Santiago, 2017).*

Dentro de la **heterogeneidad** y dinámica del proceso migratorio, a nivel central se pueden percibir otras realidades incipientes que están apareciendo en otras zonas del país y que se vinculan a **precariedad en las condiciones de vida**:

*“Hemos observado que hay una vulnerabilidad bien invisibilizada de la población boliviana, ya?, donde hemos tenido casos de muertes evitables en niños o enfermedades que están presentes en alto nivel, por ejemplo la tuberculosis es en población boliviana, pero curiosamente no sólo en el norte del país, donde por ser zona fronteriza es más probable que estén, sino que también en la región Metropolitana y también en la zona sur del país, o sea, hemos tenido casos en la séptima y octava región porque se ha producido un efecto de rebote, donde habían comunidades bolivianas viviendo muchos años en Argentina, después el cambio político en Argentina y una... y un cambio en la política migratoria de Argentina por el gobierno de derecha de Macri, hay muchas familias bolivianas que han salido de Argentina y no necesariamente han llegado a Chile por el norte, llegan por el sur y ahí hemos tenido casos bien... bien terribles digamos, de **familias bolivianas que vienen en condiciones de mucha precariedad**, en séptima y octava región... sexta, séptima y octava región, ya?” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Desde el sector gestión la mirada sobre comunidad migrante es amplia y diversa. En términos generales, es percibida como heterogénea, tanto en nacionalidad, como recursos, y en términos educacionales:

*"Es diverso, ah? es **diverso** en lo académico, en las capacidades laborales, en cómo viven en la comuna, ya sea en forma independiente, en comunidades, con pares que se acuerda, cómo se llama, vivir en conjunto para ahorrar por ejemplo dinero, o sea, yo creo que es súper difícil eee definirlos a todos así, pero sí se podría definir desde lo... desde cómo ellos se han ido asentando en la región"... "se han ido distribuyendo en la región dependiendo de... precisamente de estas competencias y capacidades, haitianos en comunas más agrícolas, peruanos más en el centro, son más urbanos podría decir yo, colombianos también más en el centro, venezolanos no tengo mucho todavía claridad dónde están, pero en la generalidad que yo visualizo en este momento, es eso, o sea, peruanos, haitianos y colombianos en el centro, gente que es más trabajo, más como de que trabaja más como empleados, más dependientes, los haitianos que también aparte del centro están viviendo en comunas más agrícolas y los que tiene mayor eee competencias, están en el sector oriente" (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017).*

En términos demográficos, conocer las cifras vinculadas al fenómeno migrante ha sido y sigue siendo un problema, aunque hay avances, al extrapolar las cifras al número de enrolados que tiene un CESFAM, aún persisten incertezas:

*“O sea, lo que pasa es de que es como casi indeterminado, porque primero que la gente que recién llega tiene una situación de tres meses, pero está con pasaporte, entonces nosotros no podemos decir que está irregular, pero en ese porcentaje de atención que tiene el CESFAM con los pasaportes, está la gente que está con visa temporaria, perdón, visa de turista que le dura noventa días y están los que están con la visa en trámite, que puede ser más de noventa días, o sea, ya la visa en trámite puede estar un año perfectamente en trámite, pero está con el pasaporte y aquellos que nunca hicieron visa, entonces yo creo que ahí nosotros tendríamos que recalificar y no poner solamente irregular porque tampoco podemos como decir: dos mil están irregular!, no, no creo, ya?, entonces pero tam... o sea, como tampoco llega el filtro tanto de salud como para decir: no, estos están en trámites, estos están turistas, estos están irregular, entonces están todos juntos en la misma columna, pero no digamos que todos, todos están de manera irregular porque yo que estoy haciendo mi visa, ya metí los papeles, tengo ocho meses aquí en Chile, pero todavía no me sale la respuesta!, pero no estoy irregular” (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

En la descrita heterogeneidad social que presenta la comunidad migrante, a nivel gestión existe una percepción de **vulnerabilidad**, también variable:

*"No deja de ser, pero es menos, por qué?, porque **los peruanos tienen redes, los venezolanos tienen una red súper potente, son súper, súper organizados**, se comunican muy bien, saben manejar las redes éste... sociales, no, no, o sea, hay... se nota una diferencia entre culturas, entre países, no? que es distinto, por ejemplo yo siempre veo que la **comunidad haitiana tiene más desventajas** que el resto de las naciones, o sea, sea Bolivia, sea Perú, Ecuador... no es como la situación crítica de la comunidad haitiana" (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

Dentro de los participantes entrevistados en el área de gestión, casos severos de vulnerabilidad social mencionados, son los que se encuentran en la **zona norte del país**, que son reiteradamente mencionados como un caso extremo:

*"Setecientas personas entre los matorrales salen, se insertan en las parcelas, vuelven a salir, buscan comida, hay gente que vende comida ahí, si es todo un mundo, si tú te vas ahora a hacer esa observación, no cierto, te dai cuenta que hay toda una relación ahí que se está dando vuelta, que es observable, no cierto y finalmente cuando uno indaga en quiénes son esas personas?, son los agricultores, son los trabajadores de los predios, de las parcelas, no cierto, que ya no tan sólo están migrando con... de forma individual, sino que están migrando grupos familiares completos, se están llegando a los lugares que les dispone el dueño de la parcela para... para alojar o pernoctar, cierto, eee y que esos lugares no prestan las condiciones más idóneas para descansar, están asociados siempre a pesticida, entonces nosotros podemos meternos en el valle" (Entrevista 10, Autoridad Gestión, 2017).*

En esta comunidad en particular, se asocian muchos determinantes sociales de la salud, como pobreza, mala alimentación, trabajos irregulares y sin protección, trabajo infantil, condiciones de vida muy precarias, sin servicios básicos. Dichas condiciones extremas, se asocian a un fenómeno de invisibilización social ya que estos migrantes no llegan al CESFAM y geográficamente se encuentran bastante aislados.

El reporte de malas condiciones de vida, laborales y su importante impacto en salud, son reiteradas por los participantes **Facilitadores Interculturales** en su contacto cotidiano con migrantes que viven y trabajan en los valles cercanos a Arica:

*"No sé si los inspectores de salud han ido a inspeccionar, eso yo desconozco, yo no sé, pero me gustaría... yo justamente tengo una reunión pal día veintiséis que voy a estar presente igual, tema, igual voy a tener que estar recalcando el tema, porque es un tema gravísimo ya, ya? y muchas personas que han muerto, han muerto adelante mío, así murieron, llegaron caballeros... es que nosotros no sabemos porque nosotros cómo vamos a saber, no somos adivinos tampoco cuando la persona llega intoxicado, viene intoxicado y dice: qué te pasó?, ah no... nada... nada... está tirado en la camilla, pero qué le haiga pasado aquí?, le tomó veneno, no, no tomó veneno, qué ha pasado... tratan de controlarle, bajarle hasta el hospital y murió, entonces **faltan normas de seguridad laboral**, ya han muerto personas que por ejemplo han estado remando aceitunas porque en el valle XX también hay aceitunas, ya? hay olivales, han estado remando, se murió electrocutado, tengo mi amigo que este año se murió y se murió, se electrocutó, tenía veinticinco años y murió, entonces esas normas de seguridad laboral falta, implementos de seguridad para los trabajadores, entonces día a día van muriendo" (Entrevista 14, Facilitador Intercultural, 2017).*

La percepción de facilitadores interculturales de la zona norte del país es que con frecuencia los migrantes que viven en los valles cercanos a Arica, llegan al **intento de suicidio**:

*“Sí, sí, sí hay casos que han sido así, eee yo creo que son por **temas emocionales o temas personales**, temas de amor, no sé cuál serían las causas de las razones por qué quieren ingerir, pero sí, sí han ingerido, sí han tomado, se lo han tomado con bebida o si no se lo han tomado no más así y también llegan casos acá, entonces tra... algunos... llega con esa... no, si yo me tomé veneno, entonces tratan de salvarlo, sí” (Entrevista 14, Facilitador Intercultural, 2017).*

También se encuentra dentro de la comunidad migrante, algunos grupos muy vulnerables que presentan adicionalmente bajo nivel educacional:

*"Sabemos que tenemos una población inmigrante no más... bastante alta con **analfabetismo**, por tanto, sabemos que el lenguaje que tenemos que usar debe ser más simple" (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).*

En relación a las condiciones de vida de la comunidad migrante, de manera transversal los participantes definen las características de la **comunidad migrante como diversa y bastante marcada por la nación de origen, el tiempo que lleva el migrante en el país** y otros muchos factores. A nivel gestión se perciben realidades de pobreza y vulnerabilidad extrema, situaciones muy duras desde cualquier punto de vista. Hay casos específicos en los cuales se reportan extremas condiciones de falta de servicios básicos, alimentación, regularización, entre otros. Es al interior de valles cercanos a Arica donde la vida de la comunidad migrante presenta riesgos enormes, tanto desde el punto de vista sanitario como social, llegando incluso a asociarse a la trata de menores y altas tasas de suicidio:

*“La mano de obra masculina es alta, dónde están ocupando los preservativos?, entonces también podía haber estado **asociado a trata de personas, no?, a prostitución infantil** y se nos presentaron algunos casos, no cierto, donde había un tío que llevaba a la sobrina al control que estábamos realizando nosotros y que esta sobrina prácticamente miraba al tío para cada respuesta que le estaban preguntando o que tenía que dar, entonces hay todo un submundo que se está dando ahí, que la policía desde el punto de vista de nosotros, ha sido más bien represivo...” (Entrevista 10, Autoridad Gestión, 2017).*

Los sectores interiores de los valles cercanos a Arica son reportados como los más extremos en términos de determinantes sociales de la salud, dentro de los relatos recogidos.

Al indagar respecto a condiciones de vida de migrantes, percibidas a nivel de funcionarios de salud, las respuestas son bastante completas y detallistas, dando cuenta de una variada realidad. Los relatos de los funcionarios muestran diferencias entre las comunidades migrantes en términos de condiciones de vida y de cómo estas afectan la salud de quienes las experimentan. Los peores escenarios parecen ser las comunidades que habitan en los valles cercanos a Arica y la comunidad haitiana en la zona central. Por medio de las entrevistas de funcionarios que tienen contacto cercano y cotidiano con esta realidad se pueden conocer las condiciones en las cuales viven y el enorme impacto que tienen en la salud, tanto física como mental:



*“Nosotros hablamos profesionalmente y si hacemos un diagnóstico o una evaluación profesionalmente, todos están mal... I2: ¿Por qué? P: Sí poh, todos están mal, sabes por qué le digo? porque **pasan penas, pasan tristezas, no le pagan, discriminación, humillación, entonces son... son factores psicológicos que le afectan a ellos**, en ese aspecto ellos están mal, pero ellos dicen no, sí estamos bien, están bien, pero en realidad, por eso les digo profesionalmente, si entran a una evaluación, están mal, ya? siempre, siempre, no sé poh, se apenan, tienen tristeza, a lo mejor su hijo está mal y hoy día no le quieren atender y pucha, ahora qué hago si mi jefe me ha dicho que mañana ya no te voy a darte permiso, qué hago, me entiendes?, entonces son... esos problemas que tienen ellos, más que todo psicológico, moral” (Entrevista 14, Funcionario, 2017)*

La mención de malas condiciones de vida y especialmente laborales, traspasa las comunas y la zona del país, el pago de elevados costos de arriendo, entre otros factores es mencionado varias veces:

*“Son muy diversos, entonces aquellos territorios que están más cercanos al sector de la Vega, de patronato hay un tipo de migración distintos a los que ya están más hacia el área norte que son migrantes que ya están un poco más establecidos, a diferencia de los que están en estos otros territorios que son más migrantes de paso, que vienen recién llegando, estableciéndose recién, **hay mucha situación de hacinamiento, mucha dificultad para la comunidad migrante para conseguir trabajo en primera instancia y arriendo, justamente porque son migrantes que están en situación irregular eee, les cobran muy caro por los arriendos por lo tanto viven súper hacinados**, vienen generalmente a quedarse donde un familiar en primera instancia para después poder buscar otra posibilidad” (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017).*

Los funcionarios perciben que esta situación de abuso en los cobros de arriendo y sub arriendo, muy presente en zona central, nace de los propios compatriotas de los migrantes, que han llegado antes a Chile:

*“Agrega a eso que son los mismos inmigrantes que abusan de sus mismos compatriotas... que son quienes les sub arriendan porque cuando ellos vienen y arriendan las piezas, que aquí ya, casi todos estamos convertidos en cités, son generalmente migrantes quienes arriendan primero la vivienda, después fabrican esas piezas y sub arriendan a sus propios compatriotas, eso es uno de los puntos críticos” (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017).*

Los establecimientos de salud se han ido adaptando poco a poco a las necesidades particulares de cada grupo y sub grupo según los requerimientos detectados, una forma de adaptación es facilitar permanentemente la comunicación en todas sus dimensiones.

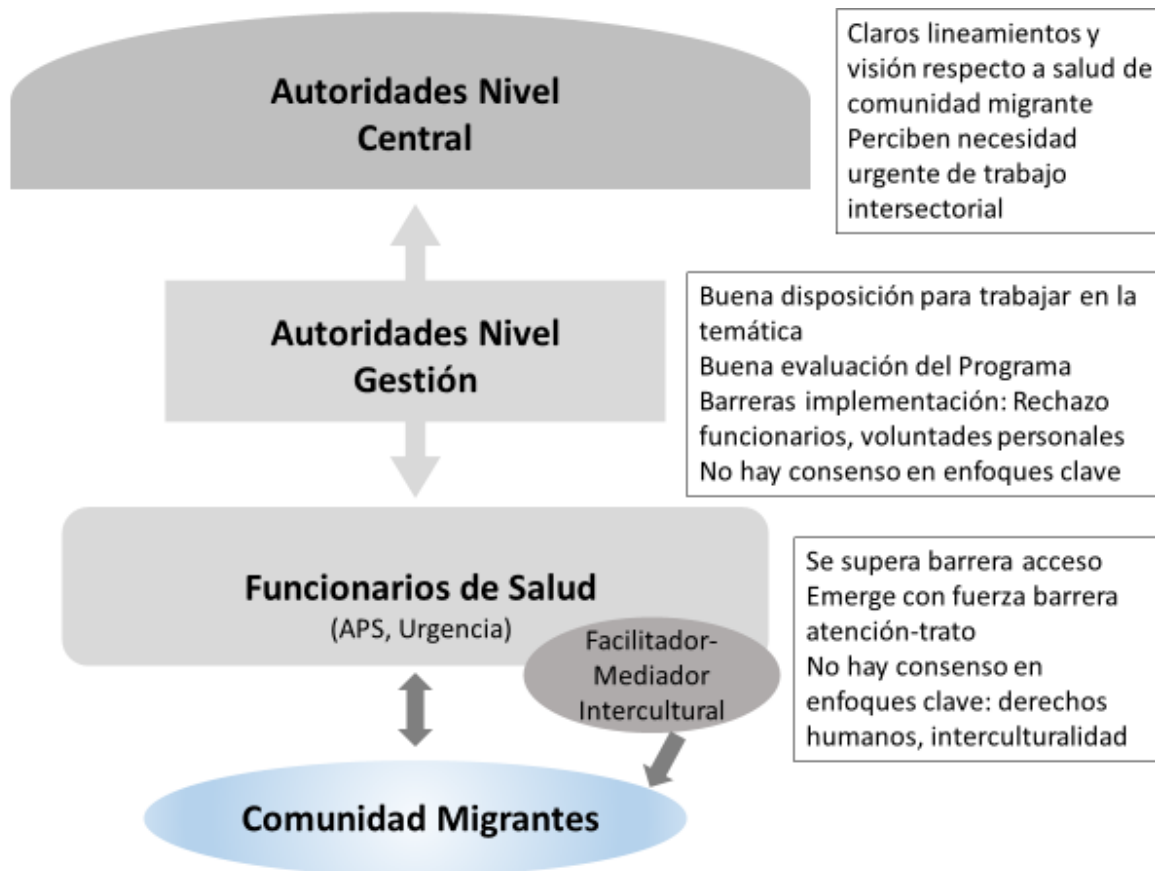
Finalmente, a modo de análisis inferencial general, destaca que las autoridades de nivel central tienen claros lineamientos acerca de cómo debiera ser la inclusión de la comunidad migrante en la atención en salud, la cual contempla un enfoque de derechos amplio. Éste considera el acceso a la atención, pero también incluye la sensibilidad cultural como una herramienta clave en la atención. De acuerdo, al nivel de autoridades de gestión, quienes dialogan constantemente con las autoridades de nivel central y los funcionarios de salud, ha habido grandes avances en términos de acceso a la salud por parte de la población migrante desde la implementación del Plan Piloto, surgiendo nuevos desafíos frente a los cuales hay que generar estrategias de abordaje.

Desde el nivel de funcionarios de salud, queda claro que el tema de acceso está en gran parte solucionado desde la implementación del Plan Piloto, **emergiendo con fuerza, temáticas relacionadas al trato y la atención de la comunidad migrante de acuerdo a sus desafíos particulares**, frente a los cual la gran herramienta ha sido la incorporación de facilitadores-mediadores interculturales que se han ido instalando en los establecimientos de salud realizando multiplicidad de funciones. Esta última temática será desarrollada en detalle en una sección posterior del presente informe.

A modo de síntesis es posible establecer algunas ideas emergentes entre los diversos niveles de actores clave participantes en este estudio. Estas se presentan en la Figura 4 a continuación.



**Figura 4:** Síntesis inferencial de ideas emergentes entre los diversos niveles de actores clave participantes en este estudio



**Figura 5:** Hallazgos diferenciadores por comuna

### **ARICA**

1. Capacitaciones y difusión de las diversas temáticas abordadas por el programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes son valoradas por los funcionarios.
2. **Trabajo con comunidades** es percibido como la mejor herramienta para generar interculturalidad (percepción facilitada por trabajo previo con comunidad Aymará); que las iniciativas sean generadas desde los propios migrantes.
3. Condiciones de vida riesgosas para **salud física y mental** en valles interiores de Arica
4. Pesquisa de patología asociada a **situaciones laborales irregulares** es un problema importante en la zona.
5. **Dificultad para acceder a especialistas** es percibida como una barrera difícil de derribar.
6. Labor de Facilitador Intercultural en terreno es valorada, especialmente en su función de intérprete, pesquisa de determinantes sociales de la salud y vínculo con la comunidad.

### **IQUIQUE**

1. Hubo **dificultades inicialmente en la implementación** del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, especialmente referidas a diagnósticos participativos, las que posteriormente se han ido superando.
2. Personal tuvo dificultades para adaptarse a la función de un coordinador, hubo que ajustar expectativas respecto de la puesta en marcha del programa.
3. Requerimientos de interconsulta de **salud mental** en Iquique sobrepasan las posibilidades de responder, percepción de urgencia de solucionar el retraso en la atención, que proviene de muchas comunas externas a Iquique.
4. Algunas resistencias a nivel de comunidad chilena por la puesta en marcha del programa, las facilidades son evaluadas como privilegios.
5. Comunidad colombiana es localmente percibida como más conflictiva tanto con la comunidad como en contexto de APS y hospital.

### **ANTOFAGASTA**

1. Percepción de buen trabajo en equipo en aras de una meta común, que es mejorar la atención de salud de migrantes.
2. Urgente necesidad de mejorar el **trabajo intersectorial que ya se ha estado realizando** como una herramienta para avanzar en salud, otras dimensiones de la vida humana e interculturalidad.

3. Problemas de salud asociados a **aspectos psicosociales**, delincuencia, tráfico de sustancias, presencia de sicarios.
4. Facilitador Intercultural empoderado en su rol, efectuando trabajo de terreno con migrantes que no se vinculan formalmente con CESFAM, por ejemplo, trabajadoras sexuales.
5. Migración haitiana es percibida como una dificultad menor (dado el bajo número de haitianos) para los CESFAM y hasta la fecha han podido facilitar la barrera del lenguaje con Google traductor.
6. Facilitadores Interculturales perciben dificultades para llevar a cabo sus terrenos de manera eficaz, entre otros, problemas de movilización.

## RECOLETA

1. Presente percepción de relevancia de trabajo intersectorial como una herramienta para mejorar las condiciones de vida y de salud de migrantes, fortalecer este trabajo sería un facilitador.
2. **Barrera** principal sería la **lentitud de los trámites** de residencia, de acceso a número provisorio, lentitud en otorgar residencia, dificultades para obtener huella asociada desde FONASA, entre otros.
3. **Problemas de comunicación** con migrantes pueden afectar atención de salud, especialmente con **comunidad haitiana** y más aún cuando se trata de atenciones de urgencia.
4. Facilitadores interculturales se hacen escasos, se recurre a asistentes sociales y profesionales de salud que son, así mismo, migrantes, cumpliendo dicha labor de manera informal.
5. Patología de **migrantes haitianos** es percibida como más grave, que requiere de más días cama, migrantes consultan directo al hospital y no tienen concepto de prevención. Presentan altos índices de VIH positivo y tienen algunas patologías que son nuevas en el país, como por ejemplo la anemia falciforme.

## SANTIAGO

1. Numerosas referencias sobre **comunidad venezolana y haitiana**, cada una con sus temáticas propias y muy diferentes entre sí.
2. Condiciones de vida riesgosas para salud física y mental en comunidad haitiana, patologías más graves y falta de prevención durante años anteriores a su llegada.
3. Percepción de que Chile no estaba preparado a nivel de instituciones para recibir a numerosos migrantes, lo cual ha dejado sin atención oportuna a dicha comunidad.
4. Se plantea que en general las atenciones básicas se están dando, por ejemplo, materno infantil, vacunaciones y algunas que se hacen directamente en urgencia, aunque podrían ser atendidas desde la APS.
5. Percepción de que las labores de coordinación son una instancia nueva a la cual no todos los funcionarios están acostumbrados, pero que es indispensable.

6. Percepción de la **relevancia del trabajo intersectorial** como una herramienta para ir derribando todas las barreras existentes y así mejorar el acceso y uso.
7. Mirada intercultural es un trabajo pendiente, al cual se ha entrado de manera aún incipiente y que requiere incluso de precisiones conceptuales.
8. Soluciones creativas son percibidas como una buena alternativa a problemas puntuales, como por ejemplo un call center o funcionarios que operan como facilitadores interculturales informales además de su trabajo, existen **barreras administrativas** para implementar estas soluciones.

### 3.2 Hallazgos segundo nivel de abordaje: Comunidad Migrante

#### Acciones de Implementación del Programa Piloto percibidas por comunidad migrante

Entre las acciones que se han llevado a cabo para darle curso al programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, los usuarios **migrantes visualizan generalmente el resultado final, más allá de conocer exactamente qué causa esta diferencia**. Por ejemplo, en la comuna de Arica, en el grupo focal de migrantes, surge el diálogo respecto a la atención que están recibiendo en la actualidad, evaluándola positivamente:

*“Es más fácil, es más fácil venir a la posta acá, cuando tu vienes, cuando mi hijita estaba mal del mío, traje a la posta aquí, la ambulancia llegó altiro, nos bajó hasta Arica, hasta que estés esperando el colectivo, con los semáforos, no se puede llegar altiro, es más fácil que vengan acá, porque ellos te trasladan altiro” (Entrevista 15, Grupo Focal Migrantes Arica, 2017)*

Sin conocer mayormente la antesala de la implementación de las medidas del Programa Piloto, los migrantes **perciben que la inscripción de un usuario en el sistema sanitario es más expedita que antes**, aunque sigue siendo más fácil para aquellos migrantes que tienen regularizada su residencia:

*“Hay diferencias porque las que están regulares tienen un Fonasa... una Fonasa, deben tener más prioridad, tú vas a un puesto de salud y con el carnet y te meten en el sistema, ah, usted está pagando Fonasa, ya veo que hay... y los que están irregulares, que ve convertido enfermo, ya, tienes algún... no, es que estoy ilegal, estoy... ah, no; o sea, te ponen trabas así y no te dicen que pasaporte, que si...” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

La mirada respecto a la **inscripción en los servicios sanitarios** ha cambiado, siendo actualmente **un procedimiento menos temido y más accesible**. En resumen, la mayor parte de los migrantes que participaron en grupos focales coinciden en que la implementación del programa ha generado mejoras sustantivas en el uso y acceso de APS y también se percibe una gran diferencia en hospitales:

*“Cuando me fui a mejorar también, súper bien, me vieron ocho médicos, ocho médicos me vieron pero normal, cada vez que para revisarme me daba pánico y, mi hijo no bajaba porque lo tenía acá arriba y entonces vino un médico me acuerdo tan alto, como de dos metros yo creo, me asusté, y dijo no, esta señora, y me hicieron cesárea, porque no podía, es que después de quince años yo tuve mi último niño, entonces yo no, fue un parto como riesgoso entonces dijo no, vamos por cesárea, y muy buenos los médicos, yo miraba así, bueno, buen trato incluso estaba un este un médico peruano que también me atendió allí, y bueno bien todo, estoy agradecida de Chile yo, bueno qué hasta el momento estoy bien, me ha ido bien, la jefa del trabajo también me trata bien, si no he tenido problemas” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017)*

Son varias las participantes mujeres, que declaran haber tenido una **buena experiencia al acceder a la atención secundaria al tener a su hijo** y, por otra parte, la experiencia de atención es percibida como satisfactoria, existiendo un agradecimiento verbal hacia dichos procedimientos.

## Barreras de implementación percibidas por la población migrante

Pese a que en los grupos focales efectuados aparecen algunos migrantes que tienen información sobre el acceso a salud, también se aprecian otros que **desconocen la implementación de medidas** especiales para facilitar su atención. La percepción de algunos participantes es que **falta difusión** de los mecanismos de acción de las normativas y de las normativas propiamente tal, algunos no conocen la forma de acceder a la atención de salud o regularizar su acceso:

*“Al no tener documentos, no lo puede tener o certificar residencia, bueno, ese es el que da la junta de vecinos, ese lo puede llegar a tener, entonces bueno, usted está declarando algo que en realidad las personas o algunos no lo sabían, de que al no tener papeles se siente como... como que no, qué voy a hacer allá si en realidad no me pueden atender, esa es la apreciación que hay pues, sobre el tema de la salud, acá cambia, no? entonces es muy bueno lo que acaba de decir, que de hecho se me iba... no tenía bien claro que se podía sacar con su pasaporte o algo...Usted vio que no hay mucha información respecto a la ley, que mucha gente no la sabe, cierto, entonces bueno, ahora usted ya me la está cuadrando, ojalá cuando yo le pase la voz, como se dice, a los compatriotas, muchos que saben que uno sabe un poco y uno ha ayuda a orientarlos, entonces ojalá que cuando sea ese día, de ellos acercarse con su pasaporte...”(Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

Al indagar barreras entre los migrantes para acceder a prestaciones del sistema sanitario, es frecuente que mencionen la **complejidad del sistema** y sus detalles:

*“La salud en sí es muy compleja, la salud es muy complejo y que sabemos que tiene mucha rama y hay mucho que... que hacer, entonces eee y si algún chileno de repente te explica algo como que quedas en el aire, no te explican muy bien, entonces ya uno como de repente ha asistido a reuniones, uno ha preguntado con más detallado, con más tiempo, quizás uno la ha entendido un poco mejor, pero hay muchos compatriotas que no... o de otras nacionalidades que no saben ni siquiera entienden ni cómo es la salud” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

En resumen, las barreras que se reportan con mayor frecuencia son la **complejidad del sistema sanitario, que suele tener una estructura muy diferente a la del país de origen** y por otra parte la falta de información sobre éste, en la comunidad migrante, así mismo es percibido como un agravante de ambas barreras, el hecho de carecer de residencia o estar en el país de manera irregular.

## Facilitadores de implementación percibidos por la población migrante

Al explorar con migrantes en los grupos focales, respecto de las acciones que se han implementado para mejorar la atención de salud, los participantes plantean que notan diferencias positivas, específicamente a nivel hospitalario, atribuyendo estas **mejoras en la atención**, a lo que denominan *ese poco de leyes*:

*“Nosotros pues, que llevamos tiempo aquí pues, hemos visto muchos casos... **ahora funcionó un poco por la cuestión esa que ha salido, ese poco de leyes** que... ya, pero cuando anteriormente la gente iba primero te preguntaban era que si tenías papeles, o sea, carnet chileno, si no tenías, pues, te decían que no, que tenías que esperar o en el caso mío que tuve que llevar a mi polola por urgencia, primero se preocuparon por pedir la dirección de la casa, que si tenía los documentos en regla, que si tenía cómo pagar, ya?, que si éstas... éste... ésta urgencia te sale... no importan lo que salga” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

Las **difusiones de beneficios** y mecanismos de uso del sistema sanitario en Chile, han pasado a ser un facilitador para la comunidad migrante, quienes posteriormente difunden esta información entre sus conocidos:

*“Estoy inscrito, sí, gracias al Señor [Risas 15:29] porque si no, imagínate eee entonces **uno va conociendo como le decía, también he ido a muchas reuniones también**, que de hecho han hecho varios proyectos, varios programas y he asistido a varias reuniones, entonces ya más o menos sé cuáles los sape y cuáles son los... y cuáles son las razones de ellos por decir algo, para atender eee los han también orientado un poco, no? los han orientado un poco y por eso conozco un poco del tema de la salud también acá” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

Sin duda ir familiarizándose con la forma de uso y acceso permite ingresar al sistema y utilizar los beneficios y prestaciones. Algunos migrantes explican que el poder ser clasificados e inscritos como **Fonasa A** ha pasado a ser la clave para que los atiendan sin dificultades, incluso en el hospital:

*“Gracias a Dios no... sin costo, pero pues del hospital la verdad se ven muchas cosas, se ven muchas cosas y ahí yo vi cuando... el día que yo fui a cancelar supuestamente, sin embargo yo sabía que no iba a cancelar nada... yo contento porque la verdad a mí no me tocó que pagar, la verdad no he sufrido todavía por eso, I2: ¿y cómo fue la atención que le brindaron en ese centro de salud? P: No, la verdad bien, pa mí yo bien, porque yo a cada rato yo iba y preguntaba y gracias a Dios estaba bien mi señora, mi hijo bien, nació bien, gracias a Dios y la verdad pues, no vi otra cosa” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

En síntesis, varios de los migrantes entrevistados notan algunas estrategias que han permitido facilitar el acceso y uso de servicios sanitarios en Chile, en los grupos focales efectuados, el dialogar sobre el tema permite que los que lo conocen mejor lo expliquen a los que lo desconocen y vayan haciendo difusión sobre la marcha.



## Efectividad del Programa Piloto desde la percepción de migrantes

Aquellos migrantes que pueden comparar la atención obtenida con el transcurso del tiempo, reconocen que **ha mejorado el acceso** y otras dificultades que tenían anteriormente, esta diferencia puede ser apreciada especialmente por quienes ya llevan un largo tiempo en el país:

*“Creo que sí eee por qué, porque veo que de repente es como la parte que está más despejada, digámoslo así por decir, que **uno ante todo para allá para el hospital, entonces como ustedes dicen una atención primaria, cierto y quizás acá no hay tanta gente como en el hospital**, de hecho a mí ya me pasó, con qué fue... ah, con un dolor porque hace poco tuve un dolor, un problema, una tendinitis y fui al hospital y esperé más de tres horas... entonces y ahí **corrí al SAPU y claro, allá me atendieron yo creo que en una hora y allá llevaba ya cuatro horas**, entonces igual también me atendieron... no me atendieron mal, me atendieron súper bien y entonces veo de que sí sirve, sí sirve porque es como... de hecho, en los mismos hospitales pasa en los parlantes, o sea, hablando de que no, si no estaba muy, muy grave, qué no sé qué, que no sé cuál, le dicen que a uno que vaya de una vez para los SAPU, entonces veo de que ha servido mucho para... para también para... para descongestionar los... los hospitales y que uno entienda mejor” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

Dentro de la comunidad migrante, existe una nueva experticia en el uso y acceso de servicios, los migrantes, **acostumbrados a recurrir al hospital por patologías como la descrita por la participante (tendinitis), han ido comprendiendo que van a recibir una mejor y más expedita atención en la APS**, incluso llegando al nivel de privilegiar a aquellos pacientes que vienen en ambulancia como una prioridad sobre su dolencia.

Entre los migrantes existe la percepción de que la atención de salud va mejorando y aunque persisten falencias, **el temor de consultar está disminuyendo**:

*“Yo cuando llegué aquí la primera vez lo... lo que me decían era que tenía que tener Fonasa, mi seguro y por eso mayormente muchos de los migrantes que vivíamos acá nos aguantamos cuando estamos enfermos por ese motivo y yo pienso que no debería ser” (Entrevista 30, Grupo Focal Antofagasta, 2017).*

Aunque la participante señala que en el pasado que sentían mucho temor para acercarse al sistema de salud, situación que ahora no parece atemorizante, aunque si un poco engorrosa.

A pesar de estas percepciones que van haciéndose más favorables, no existe la idea de que este es un acto dirigido, producto de un esfuerzo organizado. La puesta en marcha del Piloto Nacional de Salud de Migrantes como concepto, les es con frecuencia, desconocido:

*“I: Se llama programa piloto de atención en salud para migrantes, nunca lo habían escuchado? (...) P1: No, no se ha sabido nada... P2: Yo la verdad es que no... no sé porque no... P3: No sabría opinar al respecto... P1: No, yo creo que los... los extranjeros tienen que adaptarse mejor a... ellos les toca adaptarse al sistema de aquí de Chile, el sistema de Chile no se adapta a nosotros... P3: A ver, yo creo que tendrían que concientizar más a los chilenos igual de que esto es un país que ya no es simplemente no solo de chilenos, pues es un país compartido, es un país donde hay chilenos, colombianos, peruanos, bolivianos, de todo, cuál es la idea en concientizarlos más para que... igual la gente que trabaja en hospitales o urgencias, igual sepan cómo tratar a las personas porque no todos tenemos la misma cultura, eso pienso yo que se debería hacer” (Entrevista 30, Grupo Focal Antofagasta, 2017).*



Al indagar con migrantes haitianos en la comuna de Santiago, se utiliza un traductor quien indaga respecto a los resultados que ha dado el programa Piloto nacional de Salud de Migrantes entre dicha comunidad. La percepción es que ha mejorado respecto a la situación de atención anterior:

*“Traductor: (Habla en creole). Sí, hay una mejoración. [A una participante] díselo en español... Traductor: Eso quiere decir por el acceso en la salud, porque están contratando gente para poder mejorar el nivel de idioma, facilitar una comunicación entre los profesionales y los usuarios también” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes Santiago, 2017)*

Los **migrantes haitianos** también dan cuenta de los avances que ellos mismos como pacientes y usuarios del sistema han experimentado, teniendo actualmente un aprendizaje que les permite aprovechar mejor las prestaciones de la red, pero persistiendo aún algunas dificultades de comprensión:

*“Traductor: Justamente porque ella cuando empezó también estaba un poco complicado, porque se confundía la cosa me entiendes, porque tenía control acá, control a San Borja, así que es un proceso muy complejo. Yo le dije, sabe qué, la cosa es así, así y así. Recibe una llamada y tiene que confirmar dónde me está llamando, y con eso para saber dónde va. Pero a veces ¿viene para acá?, no, fue a San Borja. A veces, ¿fue a San Borja?, no, fue a XXXX, entonces para poder orientar a la persona, saber en el momento de recibir una información lo que tiene que preguntar y porqué, dónde es y todo eso” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes Santiago, 2017)*

## Temáticas referidas por la población migrante

### Acceso y Uso de Servicios en Salud

Participantes declaran que perciben nuevas falencias en acceso a salud, que luego de la implementación del Programa Piloto se asemejan bastante a las referidas por la población local chilena que pertenece al sistema de salud pública. Dichas dificultades dan cuenta de los problemas con relación a **tiempos de espera** y problemas para **acceder a horas de especialistas**, temas que emerge con frecuencia dentro de los grupos focales efectuados:

*“Yo coincido con el reclamo de la señora, coincido porque yo misma he sido testigo, si yo vengo a buscar por ejemplo ayer me pasó, vine a buscar hora pa mi hijo, para él simplemente no alcance no más, porque si ya uno llega pasado a las siete de la mañana, no porque ya hablando de las ocho, ocho y media ya olvídense, es mejor que se devuelva uno pa la casa entonces está mala la atención” (Entrevista 15, Grupo Focal Migrantes Arica, 2017).*

Algunos participantes migrantes, prefieren utilizar **servicios de salud privados**, entre ellos *Dr. Simi*, que son percibidos como rápidos y económicos, que esperar por atención en el CESFAM:

*“Yo voy a XX, la doctora XX que es bien conocida, prefiero pagar mis dos quinientos y estar ahí, porque eso de ir a sacar hora, tú vas a sacar hora y resulta que llegas tarde y ya no hay cupo, ese es el pie por que tu corres de madrugar y ponte que no alcancen los cupos, entonces prefiero a la segura mejor me voy a la doctora XX, sé más o menos hasta qué hora atiende, no importa me siento ahí una hora, dos horas, pero yo sé que me va a atender” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

El uso de **servicios sanitarios privados** o fuera del sistema al cuál los migrantes tienen acceso asegurado a través del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, es reportado de manera frecuente, especialmente en las comunas de la zona central. Además del precio conveniente para la atención del médico, algunos migrantes y antiguos usuarios de APS, también **han reemplazado el servicio público con alternativas más expeditas y al alcance de sus recursos**:

*“Te cobra dos mil quinientos la consulta, que no es mucho, es al alcance del bolsillo... Sí y aparte me he conseguido un lugar donde venden medicamentos más baratos, por ejemplo un Ibuprofeno Forte ahí lo encuentro por dos mil pesos y en el doctor Simi, el doctor ahorro y otros lo encuentras a cuatro mil y si te vas a la cruz verde cinco mil, varía el precio” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

Algunos participantes especulan que, al tener mayor difusión del acceso entre la comunidad migrante, también aumenta la cantidad de personas que se acercan a solicitar hora, colapsando el servicio. El **acceso a salud primaria se ve obstaculizado por la necesidad de sacar un número de atención, se forman filas** y las madres deben recorrer largas distancias para llegar al CESFAM, adicionalmente suelen tener varios hijos que no pueden dejar solos para efectuar el trámite del número. En este contexto, algunas participantes

reconocen que tienen atrasados a sus hijos en los controles de niño sano por estas dificultades:

*“No dan todos los días así hay que esperar las colas, que es el día jueves parece que están dando hora, no sé porque ahora igual atrasados les tengo a los chiquititos por falta de tiempo no les doy, y como yo vivo en, arriba del cerro no puedo bajar abajo ni después a pie tengo que ir también, mucho cansancio, por eso mi esposo trabaja también, no tiene tiempo pa’ estar viniéndome a recoger a dejar entonces cuando vengo tengo que subir a pie a veces” (Entrevista 15, Grupo Focal Migrantes Arica, 2017).*

Los testimonios de esta índole son reiterados por los participantes en los grupos focales efectuados. Otro testimonio explica las **dificultades a nivel laboral** que se generan como impacto de la deficiente atención a nivel especialmente de APS:

*“Cuando un trabaja, digamos uno trabaja, o sea tú **tienes que pedir permiso para los controles** para todo eso, y pasa que la mayormente uno no sabe que tiene que dar su número no ? **uno llega y la doctora no está, y tú perdiste el día puh**, entonces igual eso también como que, cuando uno no trabaja no te afecta tanto pero cuando tu trabajas y pides permiso y aparte pa pedir permiso te alegan y te dicen cosas, que a mí me ha pasado entonces eso es lo malo de ello, que no, no te avisan, te hacen ir por las puras y cuando tu llegas dicen, pero usted no dejó sus datos, pero si yo dejé mis datos y no te llaman, y hace poco igual me pasó, iba al dentista y resulta que la, yo dejé mis datos actualizados y no me llamaron, porque es una molestia te llaman, y fui por las puras, pero no me afectó tanto, uno por que yo no trabajo, pero cuando trabajaba era terrible, eso” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes, 2017).*

Algunos migrantes tienen la percepción de que en atención secundaria la atención ha mejorado sustancialmente y relatan algunas experiencias:

*“Al mía, mhmm no, a mi fijate que yo, he tenido la suerte de que la gente me trate bien y yo he ido al consultorio y me han atendido, **mi hijo en el hospital me atendieron como una reina** porque todos me miraban, señora y usted por que la atienden así? a mí me dio esto el de la diabetes gestacional, entonces yo tenía, los doctores me estaban cuidando, no sé, que jaleíta que todo eso, pero no tengo nada que hablar” (Entrevista 5, Grupo Focal Recoleta Recoleta, 2017).*

El **acceso a especialistas** sigue siendo un problema, que se reporta en todas las comunas estudiadas. Se percibe una importante frustración, incluso asociada a la idea de muerte:

*“tú para atenderte tienes que tener plata, sobre todo la especialidad porque en el sistema público, la atención primaria te atiende en la primaria puh, pero no en las especialidades, y cuando tú necesitas especialidades tienes unas listas de esperas de dos, **tres años que no te llaman nunca y cuanta gente se está muriendo así**” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

También aparecen relatos muy aislados de personas que no fueron atendidas de acuerdo a lo que el programa Piloto nacional de Salud de Migrantes explicita; se generan **dificultades cuando los migrantes consultan directamente en el hospital**, a nivel de salud secundaria:

*“Me ha tocado por ejemplo acompañar a una, a una mamá que iba por una probable apendicitis, y ella FONASA A, o sea, no, no estaba registrada en el consultorio, pero iba por una emergencia y según la normativa si ella se declara, o sea no generadora de ingresos, o sea cesante no le deberían cobrar...”*

*urgencia no la querían atender si no pagaba, y era una urgencia” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

Algunos participantes de la zona norte del país declaran que aún les cuesta ingresar a la atención hospitalaria:

*“Yo creo que la mayoría de nosotros, la gran mayoría nos sentimos un poco con muy buena salud porque no podemos acudir fácilmente a las postas o a un hospital como allá en Bolivia, aquí más que todo es un poco difícil porque no tenemos papeles, y mayormente en el hospital en Arica nos piden el papel o si no tenemos que ir, pagar un costo por lo general mayormente la gente de aquí no asiste mucho a los hospitales, en ese sentido sí” (Entrevista 15, Grupo Focal Migrantes Arica, 2017).*

Las dificultades de acceso directo a atención hospitalaria, se contrarresta con **experiencias de buen trato** en dicho nivel una vez que logran ingresar. Al indagar de manera dirigida sobre ejemplos de atención de salud, se encuentra el caso de una señora de Bolivia, cuyo hijo fue diagnosticado con Leucemia. Ella se siente agradecida por la atención recibida, que implicó, entre otras acciones, traslado a Santiago y tratamientos de quimioterapia. La participante relata que incluso la apoyaron con un lugar gratuito donde vivir, durante el tiempo que tuvo que viajar y permanecer en Santiago. Aunque esta opinión no es mayoritaria, hay varios testimonios de mejoras en la atención de salud, a diferentes niveles, resaltando el gran aporte que tiene la atención a nivel de hospital para aquellos migrantes que padecen de enfermedades graves:

*“Sí y se ha trasladado a Santiago, y **en Santiago me lo trataron con la quimioterapia, y salió todo bien, gracias a Dios**, estamos acá recién, llegamos el día miércoles, sí pero yo creo, que lo tratan bien pa mí, estábamos bien allá también... No, no sé **a mí me ayudaron harto, eee, el asistente del hospital le llamó a Santiago y lo tenían la cama reservado pa mi hijo en Santiago, yo también llegué a una casa acogida**, me dieron la casa, ahí yo también estuve tratado bien, nada mal, sí, yo he sido bien agradecido” (Entrevista 15, Grupo Focal Migrantes Arica, 2017).*

Otro testimonio de migrante que requirió de hospitalización prolongada es positivo hacia el Hospital y la ausencia de cobro posterior a la atención;

*“[A] mi esposo le picó la araña... y él necesitaba un, un injerto, y la cual le realizaron y también sí me ayudaron a este la señora, la asistente social que trabajan allí abajo, y sí **te ayudan, te colaboran al ver que eres extranjero...** te ayudan mucho, te colaboran tratan de orientarte, donde pasís, donde puedes caminar, más que todo por lo que se paga en el hospital que no teníamos como muchos fondos, más que todo nos ayudaron nosotros FONASA, la cual no pagamos nosotros ni un centavo, cuando él salió del hospital” (Entrevista 15, Grupo Focal Migrantes Arica, 2017).*

En relación a los migrantes haitianos que participan del grupo focal en la comuna de Santiago, se pueden percibir varias muestras de gratitud y conformidad con la atención recibida, especialmente en los hospitales:

*“Traductor: **Ella me está diciendo que se siente muy satisfecha por el acceso a la salud, principalmente el San Borja** también, desde que tuvo el parto hasta la fecha de hoy está en control allá. De hecho la niña fue operada, se operó una vez y mañana de nuevo se va a operar. Y según ella eso fue un buen aporte, porque aunque todavía no ha pagado ni 10 pesos en atención, pero si no fuera con este tanto apoyo así, sería otra cosa, porque ella no tiene tanto dinero para poder acudir a la*

atención privada, así que ella se siente muy contenta también” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes Santiago, 2017).

Tal como se mencionó previamente, la implementación del Programa Piloto, si bien no ha solucionado todos los problemas de atención en salud de la población migrante, hoy los problemas que persisten, se asemejan mucho más a los referidos por la comunidad local chilena, que acude al sistema de salud. Esto da cuenta de que efectivamente la implementación del Programa Piloto ha sido un aporte concreto para el bienestar de la comunidad migrante en general.

## Necesidades detectadas en Salud

Respecto a cómo los migrantes definen el estar saludable, gran parte de los participantes refieren que la salud es estar bien física y emocionalmente. Surgen también expresiones que dan cuenta de necesidades más complejas para “sentirse bien”: “para mi es estar tranquilo”, “tener trabajo y no estar triste”, “los migrantes necesitamos vivienda digna y que no nos discriminen”.

Dentro de las necesidades detectadas a nivel de salud, quedan en evidencia algunas patologías que van cobrando importancia. Algunos migrantes refieren que son frecuentes las **reacciones alérgicas** a semillas y polen que no están presentes en su país, por ejemplo, el plátano oriental:

*“Estamos todas mal, estamos graves [risas] esta es una sociedad que enferma, yo te diré, por ejemplo yo soy alérgica crónica, y ahora sé que estoy crónica y cada vez peor porque el famoso plátano de no sé qué... Y este plátano oriental parte de una política pública, de gobierno, que decidió meter el plátano oriental en todo Santiago, y no tiene solución pa atrás, o sea yo estoy condenada a estar .... P3: Igual que yo, que también soy alérgica al plátano... P1: Y todo el mundo se ha vuelto alérgico, hoy día todo el mundo se ha vuelto alérgico... Acá, **acá en Chile porque en Perú no, nada, no, que acá soy asmática, alérgica, mi hijo tiene una rinitis alérgica también, le sale sangre, pero todo, todo es acá y cuando me fui a Perú, estuve un año y nada, nada, ni sangre, ni asma, ni alergia, nada**” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

Migrantes también se sienten afectados por el **clima**, que es diferente a sus países de origen, el frío, por ejemplo, es percibido como un estresor para su cuerpo, al cual no pueden hacer frente:

*“Es que **acá hace mucho frío** también pues... P1: Sí también, los inviernos son más crudos, la cantidad de virus que aparecen en la calle es impresionante... P3: Los cambios de clima, **todo eso nos choca, a mí, yo vengo del norte, del calor de treinta y tantos grados y vengo al frío, imagínate la reacción del cuerpo**” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

Entre los problemas de salud que se reportan en los grupos focales efectuados, se encuentran principalmente aquellos que, asociados al clima chileno, por ejemplo, infecciones respiratorias y algunas alergias que los migrantes no tenían en sus países de origen.

En relación a percepción de **malestares de tipo emocional** relativos a salud mental, algunos participantes refieren encontrarse afectados emocionalmente sobre todo por situaciones que afectan a sus hijos:

*“Mi hija fue **maltratada por las educadoras, por las párvulas, le estaban pegando**, entonces mi hija hablaba, y hablé con la directora y dijo que, la niña mentía, todo el tiempo, entonces yo le dije que los niños respecto a maltrato no mienten, entonces como yo antes, yo lo permití, yo lo permití con mi hija mayor, que la maltrataran, entonces yo pensé que debían corregirla por que se estaba portando mal, pero cuando empecé a ir al tema con la sicóloga del consultorio, me dijo que no, que yo no debo dejar que nadie maltrate a mi hija, y que cuando un niño es maltratado hay que hacerle caso, los niños no mienten con respecto a eso” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes, 2017)*

En relación al trato que recibe la comunidad migrante en forma cotidiana, esto también afecta su salud mental:

*“Cuando la persona se viene aquí migrando aquí a Chile, de repente **sufren igual mucho malos tratos, igual sufren... son... a ver, cómo le digo, son rechazados** igual por la gente que es de aquí de Chile porque no sé poh, somos extranjeros no más, ellos piensan que venimos a invadirles su país, entonces son... nos dan malos tratos” (Entrevista 30, Grupo Focal Migrantes, 2017)*

## Condiciones de vida de la población migrante

En los grupos focales de migrantes se dialoga sobre diversos temas, con frecuencia se encuentran relatos acerca de sus **precarias condiciones de vida**. En relación a la vivienda:

*“Bueno eee en cuestión de **vivienda, la verdad, mal, mal** porque la mayoría de los que arriendan vivienda, ellos no más quieren ganar el dinero y te colocan cuatro cholguán, te ponen ahí, te cobran una cantidad de plata que no es, o sea, pa vivienda, una vivienda digna, como vivir una persona, no, por eso ha habido muchos incendios, accidentes, muertes, por qué?, porque te colocan un... los cables como a la patá, el baño... un baño lo compartí con quince, veinte personas que hay en la casa, ya?, entonces para mí en cuestión de vivienda, mal, no es digna para una persona, un ser humano vivir, indigno”... “Un baño para ocho piezas, diez piezas, entonces cuando hay que hacer una fila india para entrar al baño, entonces vemos que de verdad en esa parte estamos muy mal, estamos muy mal” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

Las difíciles **condiciones de vida se asocian condiciones de salud**, aumento de morbimortalidad física y mental. Algunos de los relatos explican las amenazas que representan las condiciones de vida para la salud de migrantes y las repercusiones que éstas presentan en la **salud mental**:

*“la mayoría no estamos enseñados a vivir en esas condiciones, entonces **psicológicamente te afecta porque tú no te has enseñado a estar en un baño cochino** o vidrón, donde hay presentes demasiada barata, ya?, entonces psicológicamente eso te afecta y en salud obvio, porque puede haber ratones, en cualquier momento te pueden defecar en la comida, tú no sabes, te comes eso, te enfermas, entonces yo creo que para mí pues, eso afecta mucho tanto psicológicamente y como en la salud... estoy estresado porque donde vivo hay muchas cochinas, o sea, en cuestión pongamos los dueños*



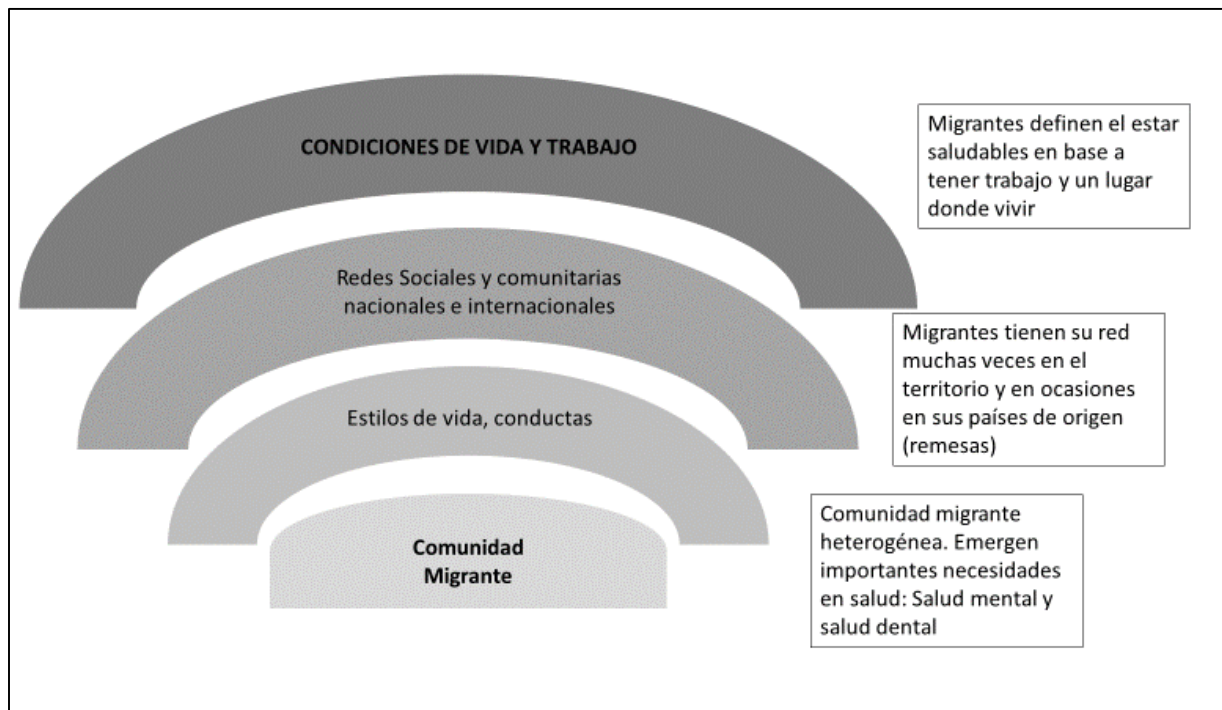
hay veces que en la casa que tienen cantidades de perros, gatos y viven ahí mismo todos” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).

En el grupo focal efectuado en Santiago, se reúne a migrantes haitianos quienes relatan duras experiencias en torno a **aspectos psicosociales que pueden generar problemas de salud**. Especialmente se mencionan las dificultades que tienen con vivienda, regularización de residencia, trabajo mal remunerado y sin cobertura de leyes sociales y los problemas de tipo respiratorio en toda la familia, que plantean se debe al frío intenso, con el cuál no están familiarizados:

“Traductor: *Está diciendo que el tema del frío es muy fuerte porque ella no sabía cómo era el manejo del frío, porque sentía mucho frío también. Tiene 2 niñas y ellas también, entonces el médico le había contado cómo debería manejar el frío, por ejemplo cuando hace mucho frío tiene que abrigar a los niños y a ella también*” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes Santiago, 2017).

En síntesis, las condiciones de vida y trabajo de la comunidad migrante permean en su salud física y emocional, en sus estilos de vida, en las relaciones sociales que establece, tal y como se describe en la Figura 6.

**Figura 6:** Descripción de relación entre dimensiones de condiciones de vida, redes de apoyo y estilos de vida en la comunidad migrante internacional



Tal y como se describe en esta figura, la vivienda y el trabajo son los aspectos centrales que cruzan la vida y el bienestar de la comunidad migrante en todos los ámbitos. Si bien la comunidad migrante es altamente heterogénea, todos poseen en común el hecho de que **“instalarse” en Chile es complejo**, para todos es un gran desafío estabilizarse y luchan constantemente por encontrar el bienestar para ellos mismos y sus familias. **Las condiciones en las que viven y trabajan impactan de manera directa su salud física y emocional**, y las redes sociales muchas veces actúan como catalizador de los desafíos que enfrentan o, en otras ocasiones, **como un estresor más** en los casos en que ese seres queridos permanecen en sus países de origen y, no solo se enfrentan al hecho de estar alejados y no contar con su apoyo directo, sino que también están constantemente enfrentados a la demanda de envío de remesas, lo cual dificulta su estabilidad financiera en nuestro país.

**El sector salud se ha preocupado de gestionar estrategias que tienen como prioridad el bienestar de la comunidad migrante**, sin embargo, **se requiere un trabajo intersectorial fuerte que dé respuesta a las demandas cotidianas que surgen en este grupo**: vivienda digna, condiciones laborales seguras, inserción comunitaria en diversos niveles, entre otras.



### 3.3 Hallazgos tercer nivel de abordaje: Intervención comunal del Plan Piloto

#### Encuentros y divergencias de actores clave entre comunas que sí fueron y que no fueron intervenidas por el Plan Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes

A continuación, se presenta un análisis que tiene por objetivo establecer los principales logros obtenidos hasta la fecha por el Plan Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Para poder realizar este análisis, en primer lugar, se resumirán las percepciones y experiencias obtenidas en las secciones expuestas previamente, las cuales consideran las percepciones y experiencias de actores claves del sector salud y de la comunidad migrante en las cinco comunas intervenidas por el Plan Piloto: Arica, Iquique, Antofagasta, Recoleta y Santiago; dicha síntesis se enfocará en destacar los aspectos logrados y los desafíos emergentes y aún pendientes. En segundo lugar, se realizará una síntesis de los hallazgos obtenidos por el proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando Estrategias en Salud Pública Primaria para Migrantes Internacionales en Chile: un estudio multi métodos”, el cual recolectó información relevante de comuna no intervenidas por el Plan Piloto, específicamente Calama y Maipú, para así poder establecer algunas diferencias entre los logros obtenidos por la implementación del Piloto, a la luz de experiencias territoriales en la que nunca se recibió una intervención que relevara la temática.

Si bien la comparación que se realiza posee algunas limitaciones metodológicas referidas a: periodo de recolección (el presente estudio se realizó el 2017 y el Estudio Fondecyt mencionado recolectó datos el año 2014), ambos estudios contaron con guiones y técnicas de recolección de datos diferentes y, además, poseían objetivos y un propósito distintos; **la reflexión en torno a la comparación de estos hallazgos resulta pertinente, en tanto permite iluminar la comprensión de los alcances potenciales de implementación del programa Piloto** en comunas intervenidas y en aquellas en las que nunca se ha realizado una acción específica desde el sector salud que permitiera enfocarse en la temática de salud migrante. Cabe señalar que, si bien ambos estudios obedecen a diseños metodológicos que varían entre sí, fue el mismo equipo técnico el que realizó la recolección de datos, análisis y sistematización de la información en ambos estudios.

## Resumen de hallazgos Abordajes 1 y 2

### *Aspectos logrados según la percepción de actores clave en salud y comunidad migrante*

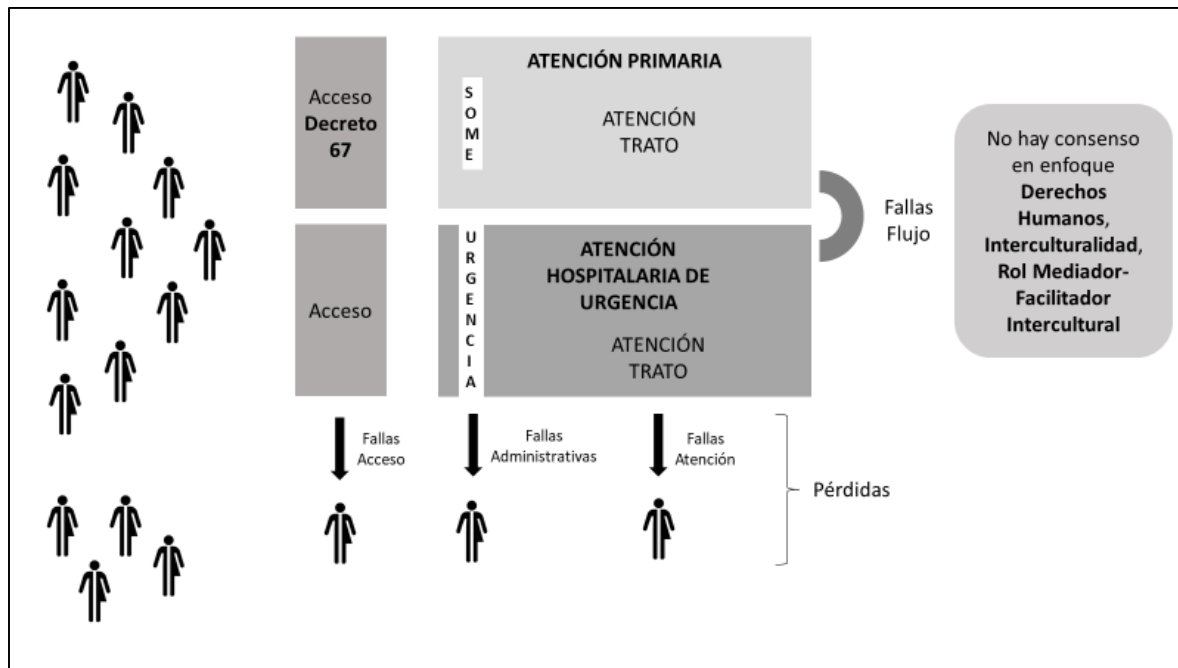
De acuerdo con los participantes de este estudio, los principales logros obtenidos a partir de la implementación del Plan Piloto son:

- Mejoras sustanciales en el **acceso a salud** por parte de la comunidad migrante
- **Mesas de trabajo** locales que ha permitido ir diseñando estrategias que den respuestas específicas a los diversos grupos de migrantes
- **Sensibilización de funcionarios** del sistema de salud, quienes se encuentran conscientes de la importancia de la incorporación de los grupos migrantes en las estrategias de salud
- Constante **capacitación** enfocada en funcionarios de salud, que ha permitido ir sobrepasado barreras administrativas de acceso de la comunidad migrante al sistema de salud.
- Incorporación **de facilitadores-mediadores interculturales** que han hecho un esfuerzo por mejorar la atención de la comunidad migrante en los centros de salud y realizan un valioso trabajo en terreno.

### *Dificultades que aún persisten según la percepción de actores clave en salud y comunidad migrante*

Si bien estos logros son especialmente relevantes para la comunidad de migrantes que reside en nuestro país, aún persisten algunas dificultades. La siguiente figura 7 resume algunas de las temáticas actuales que afectan a migrantes en relación con el uso de los sistemas de salud en las comunas intervenidas por el Plan Piloto.

**Figura 7:** Descripción de temáticas que afectan a migrantes en relación con el uso de los sistemas de salud en las comunas intervenidas por el Plan Piloto



Tal como se aprecia en la figura anterior, considerando a toda población migrante que potencialmente pudiera hacer uso del sistema de salud (sector izquierdo de la figura) y que actualmente, dados los lineamientos del Plan Piloto Migrante y de la normativa actual, tienen derecho a acceder al sistema. **Sigue habiendo un grupo (zona inferior izquierda) que no accede al sistema por desconocimiento de sus beneficios.** Del grupo que accede (zona superior izquierda) gran parte de ellos, lo hace a través de la atención primaria de salud, la cual tiene claro en términos administrativos cómo hacer uso del decreto 67, en aquellos casos de migrantes que no han regularizado sus documentos de residencia o visa y por ende el acceso se hace mucho más expedito. **En los casos de acceso vía atención de urgencia hospitalaria se reportan algunos casos en que administrativamente la aplicación de decreto 67 se hace más engorrosa.** Aun así, persisten algunos problemas menores en relación al acceso inicial lo cual genera la pérdida de un número menor de población en relación al uso de servicios.

Una vez que se han sorteado las dificultades iniciales de acceso, una vez adentro del centro de salud hay algunas barreras administrativas dadas por la “**complejidad del sistema de salud chileno**” (en palabras de los propios migrantes), comprender la forma de navegar el sistema muchas veces se hace difícil para la comunidad migrante y allí nuevamente puede haber pérdida de usuarios, por ejemplo, algunos migrantes relatan llegar al hospital y los envían al *SAPU* o pedir hora de *morbilidad* en el CESFAM y potencialmente deciden no consultar. Finalmente, aquello que logran concretar la atención en salud, que ingresan al box, en ocasiones se enfrenta a una **atención que no es sensible o pertinente culturalmente de**

**acuerdo a sus creencias**, lo cual se convierte en el nuevo gran desafío de la atención en salud para la atención migrante. Entre estas barreras culturales, la del lenguaje es percibida como urgente entre los funcionarios.

Adicionalmente, tal como se muestra en la figura, persisten algunos problemas relacionados al dialogo entre los diferentes niveles de atención, los cuales no necesariamente funcionan de manera coordinada para dar respuesta a las necesidades de los usuarios. Se evidencian algunas dificultades en relación a los ejes conceptuales que establece el Plan Piloto (por ejemplo, derechos humanos, interculturalidad), los cuales serán discutidos en las secciones posteriores del presente informe.

La figura anterior es clara en vislumbrar cuáles son los pasos siguientes para seguir profundizando en los logros obtenidos hasta ahora dada la implementación del Plan Piloto Nacional de Salud de Migrantes.

## Resumen hallazgos proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando Estrategias en Salud Pública Primaria para Migrantes Internacionales en Chile: un estudio multi métodos” Énfasis en Comunas de Calama y Maipú

El proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando Estrategias en Salud Pública Primaria para Migrantes Internacionales en Chile: un estudio multi métodos”, fue un estudio de cuatro años de duración (2013-2017) que tuvo como propósito avanzar en el conocimiento actual acerca de la salud, necesidades de salud y uso de servicios de atención primaria por parte de inmigrantes internacionales en Chile. La fase cualitativa de este proyecto fue:

- Explorar las necesidades percibidas de salud por parte de inmigrantes internacionales de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile, según la percepción de alcaldes, directores de centros primarios y los mismos inmigrantes.
- Explorar cómo los centros de salud primarias de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile se han adaptado a las necesidades de los inmigrantes
- Explorar cómo los centros de salud primarias de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile han evaluado su grado de éxito en la atención de las necesidades de los inmigrantes

La información recolectada consistió, para cada comuna, en: 1 entrevista autoridad municipal; 2 entrevistas directores consultorios; 2 grupos focales trabajadores de salud primaria; 10 entrevistas a migrantes internacionales; 1 grupo focal a migrantes internacionales.

Para efectos del presente informe se realizará una síntesis de los hallazgos obtenidos en la fase cualitativa, evidenciando temáticas de acceso y uso de servicios, así como condiciones de vida de la comunidad migrante.

### *Acceso a la salud de los migrantes según los directores y trabajadores de salud participantes en proyecto Fondecyt 11130042*

Los principales **servicios demandados por la población migrantes a los consultorios son los controles de niño sano y prenatal**, respecto a los últimos existe la problemática que las **mujeres suelen llegar de forma tardía por una diferencia cultural respecto al inicio del control médico del embarazo**, lo que genera problemas con las metas sanitarias del consultorio, y directamente pone en riesgo la salud de las mujeres y sus hijos.

Respecto a las barreras al acceso a la salud pública, **persiste la desinformación de los migrantes sobre sus derechos en relación a salud** especialmente en la comunidad haitiana, junto a los **problemas de derivación a hospitales de los pacientes en situación de irregularidad** que no cuentan con RUT (saturado), **situación que dificulta la entrega de tratamiento de patologías GES y la asistencia de partos**.

Las medidas tomadas por el municipio junto a las políticas relacionadas en la materia han ampliado el acceso a la atención primaria de la población migrante, lo cual ha generado varias **tensiones dentro de los consultorios**. Entre ellas la percepción de los **trabajadores de los consultorios que sienten que existe una discriminación positiva hacia los inmigrantes** al otorgarle más facilidades que a otros grupos vulnerables de la comuna, esta realidad es conocida por los directores de los consultorios, quienes agregan que los **usuarios nacionales también perciben el rechazo y lo manifiestan**. Otro punto señalado por los trabajadores es que estas **medidas afectan negativamente los recursos económicos de los centros, por el déficit generado por la atención población migrante irregular por la cual no se perciben ingresos per cápita**.

Los funcionarios de salud señalan la **ausencia de instancias sensibilización en la materia migrante**, se destacó que son las **capacitaciones en temas culturales** las que permiten conocer mejor a esta población, mejorando las estrategias para atenderlos y la convivencia.

En distintos gradientes los directores y trabajadores de la salud de los consultorios de las comunas estudiadas, señalaron que **los principales problemas en torno al acceso a la salud de los migrantes se relacionan a la atención de migrantes en situación de irregularidad**, ya que si bien a nivel de salud primario se han aplicado la normativa y se les otorga el acceso, este **influye negativamente sobre el cumplimiento de las metas sanitarias** de los funcionarios ya que **no se perciben ingresos per cápita por atenderlos**. Por otro lado, **la derivación de pacientes migrantes en situación de irregularidad del sistema primario a hospitales no es efectivo por ausencia de protocolos que garanticen atención**.

**Maipú:** Maipú es una Comuna en la cual el arribo de la comunidad migrante es reciente, por lo cual las autoridades locales y de salud no han generado estrategias específicas para esta población. Persisten algunas problemáticas asociadas al acceso de la comunidad migrante al sistema de salud formal, sobre todo en los casos en que no cuentan con número de cedula de identidad. Según la opinión de un director de un consultorio de la comuna, el personal de salud ya está informado de la importancia de facilitar el acceso a salud de la comunidad migrante, priorizando algunos grupos entre ellos las embarazadas. Los trabajadores de la salud manifiestan que no han recibido capacitaciones que los orientes en el trabajo con población migrante, tanto en aspectos administrativos como en trato.

**Calama:** Entre las dificultades mencionadas por trabajadores de la salud se encuentra la dispersión geográfica, el desconocimiento de estadísticas actualizadas y consultas tardías por parte de la población migrante. Se reconocieron dificultades entre los participantes en conocer el total de la población migrante que consulta en los centros de salud, así como sus características sociodemográficas y problemas de salud relevantes, dado que este registro se vincula a tener regularizada la situación migratoria. Este problema representa una barrera al momento de realizar diagnósticos de necesidades e implementación de programas de salud priorizados. Se plantea como problemático otorgar a acceso a la salud a migrantes en situación irregular que no cuentan con RUT, ya que esto conlleva un déficit económico porque no se encuentra cubierto por FONASA (asignación per cápita).

### *Percepción de la comunidad migrante respecto al acceso a Salud*

La percepción de los participantes sobre el sistema público de salud en Chile es negativa, por los problemas de acceso y las largas esperas en los centros de salud. El mayor descontento se dirige hacia los sistemas de urgencias de los hospitales, donde los participantes relataron esperas excesivas, sobre todo aquellos casos que requieren cirugía. Sin embargo, esta problemática es vista como una realidad que afecta tanto a chilenos como a migrantes, y refleja carencias en infraestructura y recursos para la salud pública de manera transversal para la población del país.

Respecto al trato y atención que han recibido los migrantes entrevistados en los CESFAM de las comunas de Maipú y Calama, constataron un **buen trato de parte del personal de salud y de los respectivos directores de consultorios, pero no así de parte de los funcionarios en los mesones de atención**, donde varios se sintieron discriminados por ser extranjeros. También **se relataron episodios de discriminación con los usuarios nacionales**.

Los migrantes destacaron la necesidad de capacitar a los equipos de salud en temas culturales para mejorar la convivencia dentro de los centros médicos. Manifiestan que lo más importante es sensibilizar a los funcionarios, de manera sostenida, ya que implica que los funcionarios cambien la concepción que tienen sobre ellos como comunidad.

### *Condiciones de vida de los migrantes según las autoridades generales y de salud*

En la mayoría de las comunas estudiadas, las autoridades generales y de salud del municipio plantearon que los principales problemas asociados a las condiciones de vida de los migrantes se debían a la **precariedad de las viviendas que habitan**, por el **hacinamiento** y el mal estado de estas. Cabe destacar que este fenómeno se radicaliza en el caso de algunas comunas donde la segregación de los migrantes a campamentos fuera de la ciudad o cites, determina un **estilo de vida altamente vulnerable**.

**Maipú:** Las autoridades locales destacan que los migrantes tienen malas condiciones de vida, especialmente por el estatus migratorio, migrantes que no tienen documentos al día, no acceden a buenos trabajos, les cobran arriendos muy caros, entre otros. También se destacó la importancia de las redes durante el primer periodo en el país, de tal forma que los migrantes puedan conseguir trabajo.

**Calama:** Las condiciones de vidas de los migrantes en la comuna están marcadas por una fuerte segregación, que determina un estilo de vida vulnerable y marginal, lo que no solo afecta condiciones de vivienda, sino también el acceso a trabajo, salud, educación. Conllevando un riesgo sanitario e incluso vital para esta población. Respecto a la educación persiste la problemática de niños inmigrantes sin Rut, no son registrados en el sistema escolar.



## Reflexiones Finales

Tal como se planteó inicialmente, el programa piloto de salud de inmigrantes fue definido como una oportunidad de **mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público por parte de la creciente población migrante que reside en nuestro país**, manteniendo 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. Su implementación se orientó a **lograr que la persona migrante, independiente de su edad, sexo, nivel socioeconómico, ruralidad e idealmente independiente de su estatus legal en el país, pudiera tener igual acceso al sistema de salud público que una persona residente en Chile.**

La síntesis de los hallazgos obtenidos en este estudio, a la luz de los hallazgos obtenidos por el proyecto Fondecyt 11130042 nos permiten concluir **que el Plan Piloto Migrante ha sido altamente exitoso en la consecución de sus objetivos centrales ligados a garantizar el acceso a salud de la población migrante**, persisten algunos desafíos en torno a esta temática que no tienen que ver con la normativa, sino con la desinformación de algunas comunidades, desafíos que desde ya han comenzado a ser abordado por algunos actores clave en salud. El problema del pago per cápita, altamente saturado en términos de información durante la recolección de datos de Fondecyt no vuelve a aparecer en ninguna oportunidad durante la realización del presente estudio.

En cuanto a las temáticas que aún persisten, que emergieron durante el Fondecyt 11130042:

- Capacitación a los equipos en relación con **trato culturalmente pertinente**. Esto no solo irá en beneficio de la población migrante, sino a todos los usuarios del sistema de salud.
- **Condiciones de vida deficientes**, que sitúan a la población migrante en una posición de vulnerabilidad. Es urgente el **trabajo intersectorial** para comenzar a dar respuesta a esta temática.
- **Segregación geográfica de la comunidad migrante**, la cual se convierte en un desafío para la integración real de la comunidad migrante a nuestro país.

A partir de estos desafíos, que aún persisten, es necesario continuar reflexionando en forma conjunta en cómo dar respuestas sensibles y pertinentes desde el intersector.

### 3.4 Síntesis de hallazgos con foco en evaluación de la **implementación de la normativa**

Tal como se presentó en el abordaje tres del presente informe, en el cual se realiza una comparación entre aquellas comunas que han implementado el Plan Piloto y aquellas que no (Maipú y Calama), a partir del levantamiento de información realizado por este estudio, es posible establecer que uno de los grandes logros de la implementación del Plan Piloto, en paralelo a la implementación de una normativa que asegura el acceso a salud de los migrantes carentes de recursos, ha sido un gran éxito. **El Decreto 67 literalmente ha “abierto las puertas” del sistema de salud chileno a los diversos grupos de migrantes** presentes en nuestro país, y pese a que todavía existe desconocimiento en algunas comunidades respecto a los derechos que asegura dicho decreto, el sector salud ha reconocido su relevancia y se ha instalado en el discurso el acceso a la salud como un derecho.

La percepción a nivel de autoridades de nivel central es que el decreto 67 está dando frutos, los cuales son necesarios de evaluar de manera acuciosa de tal forma de mejorar su implementación y subsanar algunas dificultades que se han presentado en su ejecución. En ocasiones, por ejemplo, la instalación de esta medida ha sido lenta y ha presentado algunas dificultades puntuales:

*“La implementación del decreto sesenta y siete, que es lo que hace es otorgar un **número identificador provisorio**, cierto, para que pueda ser beneficiario del sector público de salud y ahora, en la práctica igual, llevamos recién poco más de un año de implementación de esta medida, igual puede que haya todavía problemas, ya? lo que habría que **explorar** si esos **problemas están en función de ser migrantes** o con número provisorio **o de ser beneficiarios del sector público que tiene déficit en general**, respecto a la atención en el nivel secundario, o sea, tenemos lista de espera quirúrgica, no quirúrgica pa toda la población, entonces yo no me atrevería a decir que es sólo por el hecho de ser migrante, sino que se puede mezclar también con la... con la brecha estructurales que tenemos en el sector público” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

El efecto inmediato del Decreto 67 es generar una vía de entrada expedita a las prestaciones de salud pública, que a pesar de ser funcional, sigue siendo una suerte de **“medida parche”** que tiene otras consecuencias administrativas, indudablemente **menores a las que genera la no atención de pacientes migrantes;**

*“Mi impresión es que es una salida... es una forma de enfrentarlo que desde salud es tratar de solucionar el problema que lo provoca, en el fondo en la medida en que no se regularicen adecuadamente, esas personas, tratarlas como carentes de recursos, yo creo que **es un parche del problema más de fondo** y que además me parece que no resuelve adecuadamente sus problemas de atención de salud” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Por medio de testimonios de algunos participantes, se percibe un punto de inflexión a la puesta en práctica del decreto 67, pasando del papel a la acción concreta de implementar la medida:

*“El decreto sesenta y siete, bueno, cuando llegó en forma personal, yo tengo que decirte que: vi, oooi, espectacular, súper bien y todo y... y cuando se empezó a aplicar, claro, habían... las primeras*

*resistencias por ejemplo fueron las trabajadoras sociales de atención primaria de acá de la ciudad XX, en una jornada... Porque dijeron... porque uno de los requisitos es: que cuando tú le vas a pedir al usuario migrante para solicitar a Fonasa el número provisorio, es documento de identidad de su país de origen, una fotocopia, ya perfecto y si no tiene, tú tienes que establecer un informe social porque es un caso de vulnerabilidad, por algo no tiene documento, cierto?, ya, el otro documento es firmar un formulario de carencia que lo entrega Fonasa, firmar no más” (Entrevista 12, Autoridad Gestión, 2017).*

Los participantes coinciden a nivel gestión, en que el programa **Piloto Nacional de Salud de Migrantes ha actuado como un elemento coordinador entre las variadas acciones de las comunas**. Si bien son percibidas mejoras en la atención de salud a nivel de migrantes, los participantes desde el sector gestión señalan que aún falta avanzar y que el decreto cumple una función que es entregarle atención a quienes la requieren. La existencia del decreto 67 se fundamenta en que dichas necesidades existen, son urgentes y al no haber una agilización del proceso de regularización de residencia, **se hizo necesario crear la figura de carencia de recursos**, que permite al sistema funcionar, sin perjuicio de que **se espera que la condición migratoria de los migrantes sea agilizada**, facilitando el acceso como cualquier ciudadano chileno. De esta forma, implementar las acciones que encarga el decreto 67, es percibido a nivel gestión como un avance en las demandas urgentes de salud de migrantes:

*“La implementación del decreto sesenta y siete que es parte de la normativa que también da oportunidad para mejorar el acceso, recién se creó en junio del año pasado y en un año yo creo que se han... digamos se han tramitado un número significativo, no?, importante, que se está mejorando, se está monitoreando para que esto sea mejor, pero **esta estrategia yo creo que ha funcionado...** está funcionando bien la oirs, entonces la oirs o la persona encargada de oirs dinamiza eso, da información, conoce, maneja, no?” (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

En términos de equipo humano, la implementación del decreto 67 fue compleja, por la **resistencia** que presentaba **entre los propios funcionarios de salud**:

*“Por mandato del Estado Chileno que cualquier persona que estuviera en situación irregular en Chile, era carente de recurso, entonces automáticamente pasaba a ser categoría A en Fonasa, como cualquier chileno y eso nos abrió la puerta para que todo el resto de la población ingresara... No!, fue tremendo, fue tremendo!, porque decíamos: qué pasa con esta población?, mira, la **resistencia de los equipos** era... ya, les damos nosotros ésta... pero quién nos pasa a nosotros?... La plata, quién paga todo esto? y Fonasa se cansó de decirles que Fonasa era la que pagaba, nosotros estuvimos en muchas reuniones donde le decíamos a los equipos, así, en estos términos: **les hemos explicado hasta el cansancio lo que usted tiene que hacer, pero no se olvide que es funcionario y finalmente usted está contratado acá, nosotros no le sacamos ningún peso de su bolsillo para pagar estas prestaciones, si usted me está hablando como ciudadano chileno, lo podemos hablar afuera, pero yo le estoy hablando al funcionario”** (Entrevista 10, Autoridad Gestión, 2017).*

El rol de los participantes a nivel gestión fue fundamental para difundir y explicar los alcances de dicho decreto, manteniendo por otra parte, un clima laboral propicio a dicha normativa.

Se ha visto que uno de los impactos de la implementación del decreto 67 es ordenar las atenciones de salud de este sector de la población, al respecto comenta un entrevistado del sector gestión:

*“La embarazada se ha mejorado, se demoran sí, pero en otros grupos hay que apagar incendios porque no está regularizado, a pesar de que está el decreto sesenta y siete, el artículo cuatro, que nos han servido pa ordenarnos, pero también siento que todavía sigue habiendo falencias en el proceso” (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017)*

Algunos participantes a nivel gestión señalan que la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, considera un **cambio estructural importante dentro de la forma de trabajar** tradicional del MINSAL. Aparece una temática interesante y novedosa respecto a la definición de roles tradicionales dentro del equipo de salud, según algunos participantes el concepto y el **rol de una coordinación** es poco conocido en el área de salud pública, lo cual dejaba a quienes debían ser coordinados en una situación expectante o indefinida:

*“No entienden que un coordinador o un encargado de un programa transversal, tiene que ver con los trabajos de todos, que **no es que yo vaya a hacer una jornada** y que la jornada es mía y que soy responsable de la jornada, sino que es cómo todos nos involucramos con el tema y cómo sacamos ese tema o resolvemos la problemática que nos vemos enfrentado frente a ese tema a sacarlas y a resolverlas en conjunto” (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017)*

A nivel gestión hubo que derribar varias barreras para poner en acción el Decreto 67, algunas de ellas fueron el desconocimiento de la labor de un coordinador a nivel institucional y otra, la adaptación de funcionarios a éste.

A juicio de algunos entrevistados del sector funcionarios de salud, una de las dificultades que ha tenido la aplicación del Decreto 67 es que no todos los migrantes pueden dar pruebas de su residencia en el país:

*“Es una solución, la carencia de recursos es una solución, pero es lenta y la otra cosa es que nosotros... yo creo que debería haber sido más explícita, ya? y uno de los problemas que hay es que para poder hacerlo, aparte del formulario de carencia de recursos, necesitan un **certificado de residencia y los migrantes no tienen ni luz ni agua ni gas ni el contrato** de esta cuestión y menos saben dónde está su junta de vecinos” (Entrevista 8, Funcionario, 2017).*

Desde la visión de los funcionarios, hubo dificultades inicialmente respecto a la **bajada del Decreto 67 a la acción**:

*“Lo odiaban, odiaban el decreto porque, a ver, decía, pero el decreto no señala, no señala solamente que sean extranjeros, el decreto señala que es para las personas vulnerables, ay era una pelea constante porque claro el decreto decía y señalaba que para las personas vulnerables era como este beneficio y la cuestión y no sé qué, pero no te voy a poner a leer la letra chica que es la vulnerabilidad cachay” (Entrevista 23, Facilitador Intercultural, 2017).*

Dichas dificultades se generaban según la mirada de los funcionarios, a raíz de la comprensión e interpretación del texto del Decreto 67.

Los **facilitadores interculturales** entrevistados plantean que el avance de la implementación de los decretos en general debe ir articulado con acciones de otros sectores que hacen posible que sean operativos. La **coordinación intersectorial** parece ser fundamental en la bajada de los decretos y leyes en general:

*“O sea que la ley, que la circular, deje de ser circular, que sea una política pública, porque son puros decretos, cualquiera los puede borrar entonces, si el gobierno quiere sacar los decretos ahí quedamos... Vamos avanzando, pero hasta ahí llegamos, y una ley que de verdad facilite o que se ponga a pensar como corresponde el tema del, de la regularización porque no es posible que un usuario por haber quedado irregular tenga que esperar hasta tres años... entonces, **siento que está todo vinculado, trabajo, educación, salud, y salud no solamente desde lo biomédico sino que hacerlo más integral**” (Entrevista 24, Facilitador Intercultural, 2017).*

Al indagar entre los **participantes migrantes** respecto a la implementación del Decreto 67, no les es familiar ni lo han escuchado mencionar, pero reconocen que se han visto avances en la atención de salud de migrantes:

*“I: Y alguna conoce el decreto sesenta y siete o la circular cuatro? P1: Puede ser, pero yo por ejemplo **conozco algunos decretos pero por los numeritos olvídate, tendrías que leerme el decreto** y ahí sé si lo ... P3: Cambiaron el nombre todo eso porque todo eso está pasando, que van cambiando, uno lo conoce por otro idioma, o sea otro título y lo van cambiando, no sé cual... Si poh, **ha habido un cambio por que antes no había directrices en el año que yo vine, en el consultorio pero ahora ya hay**, se hace etapa adulto, todo eso se hace ahora, hay nutricionista, hay, que más hay ? eee, kinesióloga, que antes no se veía eso, y hay hasta gimnasio... P1: Pero mira yo llegue el dos mil cuatro será, y en esa época la atención, no había protección a la mujer embarazada migrante por que no existía, si tu no tenías Rut por más embarazada que éstas no te podías atender” (Entrevista 5, Grupo Focal Migrantes Recoleta, 2017).*

Si bien la mayoría de los participantes migrantes consultados dicen desconocer el Decreto 67 o el programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, algunos reconocen que la atención que reciben actualmente en el CESFAM es mejor que la que recibían anteriormente, al explicarles en qué consiste el programa Piloto, hay quienes reconocen importantes avances.

### 3.5 Síntesis de hallazgos con foco en el concepto y manejo de la interculturalidad en salud incluyendo facilitadores- mediadores interculturales

El enfoque intercultural en salud ha sido de gran relevancia en los lineamientos del Programa Piloto de Atención en Salud dirigido a la comunidad migrante. Si bien los lineamientos son claros, la implementación de las estrategias y los roles parecieran diferir de acuerdo con las distintas realidades y zonas. Si bien la implementación con enfoque local es deseada y esperada, se vislumbran aún algunos conceptos y roles en los cuales sería relevante mantener consensos.

A continuación, se presenta el desglose descriptivo, desde la perspectiva de los participantes de este estudio, en relación a dos temáticas: Interculturalidad en salud y rol de los facilitadores interculturales. En la parte final de esta sección se presentará un análisis inferencial de cómo está ocurriendo hoy la interculturalidad en el sector salud, incluyendo algunas recomendaciones.

#### *Interculturalidad en Salud*

El proceso de abordar acciones sanitarias de manera intercultural es percibido como incipiente, persistiendo dudas incluso sobre la comprensión del concepto.

*“Nosotros lo llamamos **facilitadores lingüísticos y mediadores culturales**, eso llamamos, es posible y entendemos también que puedan darse las dos funciones de manera conjunta, pero hay temas que nosotros consideramos que no... que no debería de ser una mediación cultural, o sea, para nosotros una mediación cultural es un tema que estamos debatiendo también a nivel central, ah? porque el programa de pueblo indígena, que nosotros pertenecemos a un mismo departamento, tiene facilitadores culturales eee y entonces uno debería entender que al menos las definiciones conceptuales fueran compartidas” (Entrevista 37, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Dada la relevancia que se le atribuye a nivel de autoridades centrales y sus representantes, la interculturalidad, a juicio de los entrevistados debería ser un concepto ya establecido y que se diferencia de la multiculturalidad. Según el entrevistado, hay algunas autoridades dentro del sistema de salud, que **carecen de una definición diferenciadora entre multiculturalidad e interculturalidad**. El participante explica como el sector salud ha detectado la necesidad de este enfoque, refiriéndose a la multiculturalidad, en lugar de la interculturalidad, señala que el esfuerzo por adaptarse a los cambios y necesidades detectadas es real, si bien el avance es incipiente:

*“Todo lo que tiene que ver con el factor multiculturalidad vinculado a la población originaria, apenas se han dado pasos in... bien tímidos, o sea, tenemos un hospital llamado intercultural en la ciudad XX, pero que no es realmente un hospital cultural, me... se han hecho cosas interesantes en la ciudad XX, pero no me atrevería a pensar que... o afirmar que en la zona XX tengamos realmente una salud intercultural, por lo tanto **difícilmente podríamos afirmar que está preparado para abordar la multiculturalidad** que significa eee el fenómeno migratorio” (Entrevista 27, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).*

Sumado a lo anterior, también es posible apreciar poca claridad dentro de los propios funcionarios de salud respecto del **concepto de interculturalidad** y su diferencia con otros conceptos como multiculturalidad, por ejemplo:

*“La interculturalidad, **no puede ser que no se entienda el concepto de interculturalidad y de la importancia que tiene** como... como enfoque, como mirada porque... claro, porque todavía yo lo defiendo y que son miradas distintas, por ejemplo **la encargada de inmigrantes ha dicho en reuniones que la interculturalidad es un concepto impuesto** y que la multiculturalidad y la... no me*



*acuerdo cuál es el otro concepto que ella nombra, son los conceptos que ellos reconocen, entonces yo le he dicho: oye, pero si la interculturalidad reconoce la multiculturalidad y lo que busca es que haya una relación y una valoración horizontal entre todas estas, que ninguna esté sobre las otras... lo básico, porque creo que cuando uno mira al otro como un igual, es capaz de entenderlo y entiende que uno tiene que facilitarle el acceso de la mejor forma al otro para que acceda a su derecho de salud, vamos a poder mejorar la salud" (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017).*

A estos conceptos, se suman otros utilizados por los funcionarios, que también dan cuenta de la ausencia de consensos en relación al uso de los términos. La percepción que tienen quienes atienden a la comunidad migrante de manera directa en el día a día, es que se genera una **"transculturación"** (dada la explicación otorgada por el participante pareciera hacer referencia al concepto de aculturación). Los migrantes rápidamente adoptan las costumbres y cultura de Chile, que no necesariamente es un aporte;

*"Por lo que yo observo es que **toda la comunidad que va llegando al país, va de una u otra forma, como incorporándose al mismo modo de vida que tenemos dentro de nuestra comunidad**, como un proceso de transculturación súper como... no sé si rápida o no porque desconozco cuánto tiempo uno se demora en hacer ese proceso... con el tema de las costumbres alimentarias, los hábitos alimentarios que son distintos a los nuestros, porque por ejemplo la comunidad haitiana alimenta a sus niños desde muy pequeños, desde los dos meses y nosotros promovemos lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, entonces ahí hay un incordio... digamos ya? eee y lo que sí he podido ver, es que desafortunadamente muy buenas costumbres que tienen, por ejemplo la comunidad peruana que ellos cenan, las han perdido las nuevas generaciones, entonces los hijos de migrantes peruanos no necesariamente están cenando y yo siento que desde el punto de vista de alimentación y de enfermedades crónicas no transmisibles y de prevención de obesidad, ese es un súper mal hábito que adquirieron en Chile o el tema del consumo de aumentar el consumo de pan por ejemplo" (Entrevista 3, Funcionario, 2017).*

Implementar el enfoque intercultural en la salud y en el país, es percibido como un ideal compartido, que avanza de manera muy lenta:

*"La municipalidad ha hecho en este tiempo, también ha incidido en el trabajo con las organizaciones, no cierto? las juntas de vecinos, las organizaciones tienen una mayor sensibilidad frente al tema, pero esto que es más de fondo, que tiene una postura, una... yo diría que tiene que ver con el **respeto a la diferencia**, no cierto?, esto es un... es como **el respeto al derecho de las personas diferentes**, creo que eso es lo que en la cultura nuestra, en la cultura chilena, está instalada y todavía requiere mucho más trabajo, no cierto?, es decir desde que los pequeños entiendan que convivir con otras culturas, con otras personas, con otros colores dinamiza, es bonito, es distinto, una cultura distinta es lo que hay que instalar, no?" (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017).*

Tener una capacitación intercultural es visualizado como lento, difícil y adicionalmente presenta **resistencia** dentro de los propios profesionales, particularmente cuando existe un choque de cosmovisiones y se entra a contradecir aspectos biomédicos o creencias que representan peligro sanitario:

*"A los médicos que llegan, a los nuevos, a los que recién salió, entonces imagínate eran diez chicos que tenían veinte y algo de años, recién salidos de medicina, entonces yo les conté la experiencia que tuvimos acá con un sobre parto, el sobre parto es cuando les da frío, ustedes conocen a la gente*



*aymara, las mamás cuando están dando a luz y pasan frío, ellos dicen que tienen sobre parto y ese es un hielo, que se llenan de hielo, se llenan por dentro, las mujeres se mueren por esa situación, entonces tienen mucho temor a esa situación cuando les viene el sobre parto y cómo se cura el sobre parto? hay que buscar a la suyiri, a la cuyiri, no cierto, para que les corte el pelo, eso se echa en un sartén, se sofríe con... o si no se cortan las uñas de las manos o de los pies y eso con un agua, se le echa agua y se da a servir y eso se lo van dando pa que se lo tome y empieza a sudar y le empiezan a cambiar la ropa y así la... la cuyiri le... les quita el hielo que tienen por dentro para poder seguirle dando... darle lactancia a las guaguas, entonces imagínate yo se los conté y se los cuento como una experiencia porque ellos vienen de Santiago... y el médico me dice: bueno, pero yo no voy a cambiar mi información en salud, no le voy a dar uñas a las personas; esa fue la respuesta que me dio, así le dije: yo no estoy pretendiendo que tú cambies tus años de formación profesional, te estoy pidiendo que entiendas que en el lugar donde vas a trabajar... que sus costumbres son tan importantes, **su conocimiento cultural es tan importante como el tuyo**" (Entrevista 10, Autoridad Gestión, 2017).*

Por otra parte, los participantes del nivel de gestión explican que la existencia de distintas culturas que comienzan a convivir genera extrañeza o molestia en algunos aspectos de la vida cotidiana y, de acuerdo a su visión, **no necesariamente se trata de conductas de discriminación:**

*"Creo que hay como un choque, un choque de todos estos mundos que se están empezando a... un **choque cultural** por decirlo así, en salud y en salud sobre todo que es un lugar donde la vida está de por medio, entonces es súper sensible los riesgos que implica equivocarse en este ámbito eee creo que nos queda mucho que hacer a todos" (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017).*

Es así como en ocasiones existe percepción de discriminación por parte de migrantes, que en realidad da cuenta de diferentes costumbres:

*"Ellos sentían discriminación, pero por cosas que nosotros culturalmente normalizamos, **se sentían discriminados porque no les dábamos un beso, porque no los abrazábamos**, porque no los mirábamos y depende de los tiempos de atención, profesionales me decían: oye, si yo tengo siete minutos... cuando estábamos en campaña de invierno, **no alcanzo a mirarlo... para nosotros no es discriminación porque a los connacionales también los tratamos igual**, no significa maltrato" (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).*

*"Con la personalidad de los migrantes haitianos, bueno por la barrera idiomática también son muy tranquilos, si tú les dices que tienen que esperar ahí sentados, ellos esperan hasta que los atiendes pero ponte tú con la comunidad colombiana particularmente ellos son bien exaltados y, y como la comunidad venezolana también, el otro día yo tuve un problema así parecido porque yo le, la persona venía por un resfrío pero yo le explique, le explique todo que debería informarse de la red, que antes por un resfrío tiene que ir al SAPU y todo esto, y me dijo eso, me dijo no es que en mi país me atienden al tiro y todo eso, y yo le dije si pero también es, si ya está en Chile también es su deber informarse cómo funciona la red, entonces ella lo tomó así como, usted me está diciendo que me devuelva a mi país, entonces, entonces es como súper sensible también, súper sensible el tema, entonces de ahí, casi como, porque uno nunca quiere decirle una cosa mala pero si **tienes que estar como todo el rato como con pinzas porque después, oh es que la discriminación**, y siendo que no poh, porque nosotros trabajamos con gente que también son emigrantes poh, sobre todo ahora que está llegando mucho médico con el tema del EUNACOM y todo eso, entonces nosotros no tenemos problemas "* (Entrevista 7, Funcionario, 2017).

En numerosas entrevistas aparece el concepto de choque cultural entre los participantes del sector de funcionarios de salud. Señalan que las costumbres de vida y sanitarias pueden ser muy diferentes entre las culturas, se perciben importantes choques culturales directamente relacionados con la salud, existiendo algunas prácticas que son opuestas a las creencias locales y en las cuales los funcionarios sienten que no pueden ni deben transar. Un **choque cultural** común que está presente de manera cotidiana en los CESFAM se manifiesta en el territorio del **embarazo y parto**, trayendo importantes problemas a las gestantes y a los funcionarios que deben cumplir con metas:

*“El tema cultural, por ejemplo, nos ha pasado principalmente, Perú, Colombia, que ellos están acostumbrados a tener partos domiciliarios y nosotros no poh y además están acostumbrados a no tener un control del embarazo, ellas llegan a tener su guagua, entonces **no hay una cultura de un control prenatal**, de una preparación en el tema del embarazo y eso también lo abordó, como te comentaba yo, el piloto desde la atención primaria, entonces dado el tiempo actualmente las chicas que están llegando a tener sus bebés, ya vienen con un control prenatal, ya vienen con algún conocimiento, ya no nos está pasando como años anteriores que llegaban sin nada” (Entrevista 28, Funcionario, 2017).*

Según entrevistado, la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrante ha abordado también estos temas culturales, mejorando falencias en procedimientos y normativas específicas.

Transversalmente a nivel de gestión, es visualizada como una oportunidad para la integración y el desarrollo de la interculturalidad al hecho de **contratar profesionales migrantes:**

*“Han llegado muchos médicos venezolanos, son profesionales que quizás en un comienzo les cuesta bastante, hay médicos connotados en su país que han trabajado en áreas de servicio acá hasta regularizar su situación de, bueno ahí vienen otras cosas como validar su título, dar el EUNACOM, pedir la autorización en la SEREMI para ejercer su profesión, que ya es un trámite que dura también un tiempo, y mientras no tengan eso no pueden ejercer” (Entrevista 26, Autoridad Gestión, 2017).*

A nivel de funcionarios de salud, también se considera que un gran **aporte para mejorar el enfoque intercultural en la contratación de profesionales de salud que a la vez son migrantes:**

*“El gran aporte ha sido muchas veces eee, el hecho de que tenemos médicos que también son eee, extranjeros, entonces muchas veces nos hemos encontrado con enfermedades, ponte tu cuando hubo un **brote del dengue**, que eso fue hace como un año, un año, justo teníamos una doctora que era **especialista en dengue en su país** poh, acá no había nadie porque no había brote de dengue entonces ella como que manejó todo eso y nos transmitió a nosotros en forma verbal, que es lo que había que fijarse y que es lo que había que hacer ya, entonces creo que el hecho ya de trabajar también con gente que es migrante nos ha facilitado mucho la atención de estos pacientes, porque también **desconocemos enfermedades propias eee, endógenas de ellos**, que se dan solamente en su país” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

En general los participantes tienen la percepción de que en esta área hay numerosas tareas pendientes. Consideran que se han dado sólo los pasos iniciales y que persisten algunas falencias. De acuerdo con algunos participantes de nivel de autoridad central o sus

representantes en relación con la **formación de profesionales de la salud**, las Universidades cumplen -o debieran cumplir- un rol importante en la entrega de contenidos que permitan relevar la temática de atención culturalmente competente:

*“Pa[ra] abordar el tema de la interculturalidad hay dos grandes líneas, una es lo que podemos hacer en la capacitación a los funcionarios, que ya están trabajando en los servicios de salud, hospitales y atención primaria, pero por otro lado creo que hay un diálogo y una negociación que hacer con las entidades formadores, con las universidades y los institutos profesionales, porque si esto no se instala en las mallas de pregrado, de manera que sea ya desde la formación de los... de los funcionarios de salud, de los profesionales de salud eee es muy difícil digamos, lograr un cambio, entonces en general creo que **ahí es donde debe estar y digo pregrado porque no es solamente a través del tema diplomado o cursos, qué sé yo, sino que tiene que estar en las... como en la formación** de base de las carreras de la salud y en las carreras de las ciencias sociales que trabajan en salud” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Esta idea es reforzada por algunos entrevistados de nivel gestión, quienes plantean que la interculturalidad debe reforzarse como concepto en diversos niveles. De acuerdo con ellos, una buena plataforma para introducir el tema en la sociedad sería iniciar la **formación a nivel de universidades**, en los profesionales de salud que se encuentran estudiando la carrera de pregrado;

*“Encaminar más que el enfoque médico, el **enfoque bioético social** en realidad, **con enfoque de interculturalidad**. Yo creo que hay que trabajar más eso desde la universidad también, en materia de las mallas curriculares de las universidades” (Entrevista 24, Autoridad Gestión, 2017).*

De acuerdo con algunos funcionarios de la salud, hay coincidencia en que en las universidades no se adquieren las herramientas para entregar un enfoque de competencias culturales ni interculturales a los pacientes en general, se enfatiza en que el conocimiento teórico no necesariamente entrega las herramientas prácticas necesarias:

*“Lo que pasa es que cuando uno está en primer año te enseñan como teoría como, tú te puedes pasar en muchos, muchas teoristas, unas teoristas que se basan en los cuidados propiamente tal la parte más biológica, hay otros que se basan en la parte psicológica y otros que se basan como en la transculturalidad [En relación a la escasa formación en interculturalidad]” (Entrevista 7, Funcionario, 2017).*

A pesar de que se percibe la necesidad de cambio al enfoque intercultural y las acciones van orientada a éste, la percepción de los entrevistados a nivel gestión, es que aún falta bastante para adquirir en la práctica el enfoque intercultural. En general los entrevistados consideran que **a este enfoque le falta mucho para ser considerado sólido**, en la práctica, habiendo algunas instancias en las cuales está la oportunidad de ponerlo en marcha y que no es abordada:

*“Eee no, por lo general van al valle XX, a San Miguel y ahí hay una fiesta... el carnaval y ahí van a presenciar, vas a presenciar, a jugar y eso y alguna actividad así como culturales, no se ha hecho tampoco, tampoco hay instituciones donde digan... o... instituciones hay, pero faltan sedes, locales para poder eee hacer actividades, eso falta” (Entrevista 14, Funcionario, 2017).*

Lo óptimo, de acuerdo con algunos entrevistados, sería **generar procesos interculturales desde y acompañando a las propias comunidades**, facilitando instancias de difundir la cultura y siempre desde un enfoque de participación.

Si bien la mayoría de los participantes coinciden en la relevancia de tener un enfoque intercultural, también está presente la certeza de que como servicio de APS u Hospital, les **hacen falta muchas capacitaciones para tener las herramientas necesarias**;

*“Los derechos los conocen, eee, como persona también sabemos tratar, eee, al extranjero, al inmigrante, pero la interculturalidad, el conocimiento en sí, de sus otras culturas, las culturas de ellos, no, no, no estamos capacitados en eso” (Entrevista 19, Funcionario, 2017).*

En ello coinciden los participantes, quienes señalan que hay que avanzar en esta temática e incorporar en este aprendizaje a los propios migrantes;

*“Yo creo que así como en comunidad tendríamos que trabajarlos con ellos, porque yo siento que muchas veces hablamos mucho por ellos, como que ellos tienen, como que muy desde, desde la visión pero siento que **pa trabajar pertinencia cultural**, procesos migratorios **hay que tener gente o usuarios migrantes** como pa que ellos te den también su punto de vista” (Entrevista 24, Funcionario, 2017).*

A juicio de los **facilitadores interculturales** aún falta mucho por avanzar en este terreno, plantean que **es fundamental construir interculturalidad con los usuarios**:

*“Los talleres de acceso a la atención de salud, las islas informativas, los stands, siento que también el salir de los CESFAM y hacer **actividades como en conjunto**, tuvimos un operativo en el registro civil, que fue como CESFAM XX, CESFAM XX y Norte, que son los tres CESFAM que tienen mediación intercultural, como que eso nos permitió también hacer muchos rescates... hay una experiencia súper buena de un médico que yo de verdad siempre que voy a todos, XI, no, es seco, él hace terreno, él va a las nueve de la noche y yo lo acompañé... realmente **hacer un vínculo comunitario con ellos**, o sea no ir solamente cuando necesito... podemos generar estrategias para que él cachay se vincule” (Entrevista 24, Funcionario, 2017).*

Un ejemplo del trabajo realizado en terreno, lo entrega un facilitador intercultural informal, funcionario de un CESFAM de la zona central del país. Sus conocimientos, idioma y experiencia son una constante ayuda para los funcionarios del CESFAM en términos de comunicación con sus pacientes, principalmente los de **origen haitiano**. La comunidad haitiana parece ser la que presenta mayores dificultades para ser atendida, puesto que la cosmovisión es muy diferente, además de la barrera lingüística:

*“Nos indicaba que tenía un **embarazo momificado**, entonces nosotras no podíamos entender qué significaba eso, y ahí la XX nos explicó también, sí eso existe... A una señora le va, le fue parecer extraño que estuvo catorce años embarazada... como decirle si existe mira la fisiopatología y el caso, como sale y por qué, pero si he visto el caso en que la guata sale y después vuelve a estar plana, sale de nuevo y vuelve a estar plana, sale cuando sale aparecer el niño y cuando, y vuelve a estar plana y no hay bebé, y esa mujer estuvo catorce años así, hasta que al final parió, y tuvo al niño... en el país lo asocian más con maldades... Maldades, si mal de ojo y esas cosas, eso” (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017).*

Es en esta interacción paciente profesional, cuando se ponen a prueba todas las voluntades y habilidades del funcionario, dado que, **a la barrera idiomática, se agrega una barrera cultural realmente importante para todos los funcionarios del CESFAM, excepto para la funcionaria haitiana que maneja ambos temas**, siendo su rol crucial para realizar la atención.

En términos de competencia cultural, la cultura que requiere de mayor apoyo es probablemente la **haitiana**. En esta comunidad existe una barrera lingüística ampliamente reportada desde todas las aristas estudiadas, también existe una barrera respecto al acceso y uso de servicios sanitarios, por existir una concepción de medicina muy diferente, que desconoce las acciones de prevención. Finalmente existe una cultura de autoadministración de cuidados entre dicha comunidad, que no tiene relación con el concepto biomédico de la salud;

*“Traductor: Ya. Según la paciente depende del lugar donde uno está viviendo, porque la verdad en Haití hay lugares donde no hay una atención médica cerca en el sector, entonces esa persona siempre trata de tomar algún té u otro tipo de medicamento. Pero en el caso, si la persona donde está viviendo tiene acceso a la salud se va al médico para saber qué está pasando y cómo se puede aliviar este problema... Traductor: (Habla en Creole) Por ejemplo ella cuando está enferma en Haití no va al médico, ella misma se compra su medicamento, ninguna visita al médico... porque en Haití por ejemplo el embarazo, depende de la persona donde uno vive, me entiende, hay inseguridad” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes Santiago, 2017).*

El acceso y uso de recursos en salud puede estar asegurado, pero a los migrantes haitianos se les hace muy complejo acceder y utilizarlo, por el **lenguaje y la modalidad de la atención**:

*“Traductor: Justamente porque ella cuando empezó también estaba un poco complicado, porque se confundía la cosa me entiendes, porque tenía control acá [Cesfam], control a San Borja, así que es un proceso muy complejo. Yo le dije, sabe qué, la cosa es así, así y así. Recibe una llamada y tiene que confirmar dónde me está llamando, y con eso para saber dónde va. Pero a veces ¿viene para acá?, no, fue a San Borja” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes Santiago, 2017).*

A juicio de los migrantes entrevistados, **la escasa convivencia intercultural entre chilenos y migrantes genera barreras de integración** que difícilmente se pueden derribar y que en gran medida están fundamentadas en el prejuicio y el desconocimiento de las comunidades entre sí:

*“O sea, yo, yo, o sea, tui... alguna... tengo una inquietud de... de... yo sé que algunos compatriotas se portan mal acá en Chile, pero sí hay que estar eee... lo que pasa acá, a todos nos echan en el mismo... di que no! que éste es colombiano, que tal, tal... ya?, entonces yo quisiera como que hagan un poquito de eso a un lado, en todo país hay gente buena y hay gente mala, o sea, yo hablo por mí porque yo... yo ando así, los reto, pero sí sé que algunos compañeros, alguno compatriotas se portan mal acá y quisiera que pues, se mejorara esa parte, que siempre dicen que los colombianos y a todos nos echan en el mismo...” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

De acuerdo con **los participantes de grupos focales de migrantes**, coinciden en que hay ciertos valores y características que son inherentes al ser humano, más allá de su nacionalidad. Éstos valores son los que los participantes migrantes desearían que estén presentes en términos interculturales, lo que une a los pueblos por sobre lo que los divide.

En este contexto, una temática tangencial, da cuenta de la **recepción de la comunidad nacional a iniciativas que faciliten la integración de la población migrante**. Un participante desde el sector gestión señala que los roces en la sociedad también aparecen a raíz de las facilidades que se dan a migrantes para ingresar al sistema de salud. La percepción entre algunos funcionarios del sistema de salud es que las facilidades parecen no regir con pacientes chilenos:

*“Si tú eres **chilena y no tení pega**, cuesta un kilo pa que te den el Fonasa, tú tení que presentar hasta la documentación que te da el Papa y **sacar un montón de [trámites y documentos] pa que tú pasí a Fonasa** porque estay sin pega siendo chileno, pero este proceso de **incorporación a Fonasa del migrante, es mucho más fácil** que pal chileno!, entonces de pronto eso, los funcionarios de salud lo empezaron a encontrar injusto, ese proceso aún se mantiene” (Entrevista 20, Autoridad Gestión, 2017)*

Si bien estas opiniones que denotan el rechazo de la población local hacia la “facilitación” de servicios a la comunidad migrante no es un tema manifiesto en todas las entrevistas y grupos focales, es un tema implícito que se deja vislumbrar sólo en algunos contextos.

### *Rol de Facilitadores Interculturales o lingüísticos*

El rol de los facilitadores interculturales o mediadores lingüísticos, si bien es valorado por gran parte de los participantes de este estudio, es en ocasiones confuso en cuanto a sus responsabilidades y tareas. El lineamiento político es claro en relación a la importancia de su rol para el logro de una integración real de la comunidad migrante en la atención en salud, sin embargo, cuáles son sus funciones, cuál es explícitamente la función de nexo que debe cumplir entre el centro de salud y la comunidad migrante, son preguntas en las que aún se debe profundizar en la reflexión.



*“Un mediador cultural **debe tener la capacidad de poder mediar** (...) entre la persona que se va a atender y el profesional de salud, lo cual es difícil porque eso incluye poder mediar entre un clínico, por lo tanto, para nosotros **debería de ser una persona con altas competencias** digamos, que habrá que definirla, **pero no puede ser que el mediador haga todo**, o sea y esa deb... esa, esa funci... y lo que sentimos... bueno, yo lo que siento es que están haciendo todo, o sea, que realmente esas personas como que yo me imagino que no duermen, yo no trabajo en redes asistenciales, pero las veces que he ido, he visto que se tienen que preocupar de todo! ?” (Entrevista 37, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Introducir el rol de facilitadores interculturales o mediadores lingüísticos en salud, se establece como una estrategia para avanzar en la atención de la población migrante. Pese a la claridad de este lineamiento, un participante expresa que han emergido algunas **dificultades presupuestarias** para expandir este recurso;

*“La principal estrategia ha sido la contratación de mediadores o facilitadores lingüísticos o interculturales para población migrante, lamentablemente **este programa en lo presupuestario no ha crecido**, pero esas estrategias vamos a tener de algún modo seguirlas implementando igual, sobre todo donde hay población que habla otras lenguas y donde la barrera idiomática es súper fuerte, especialmente en el tema haitiano, ya?” (Entrevista 6, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Si bien no se trata de facilitadores interculturales formales, algunos problemas se han ido subsanando mediante la creación de puestos de trabajo que realizan “facilitación intercultural”. En un **call center** de Fonasa, quienes requieren información telefónica pueden **optar por hablar en español o creole**:

*“La estructura no ha estado preparado para la recepción de toda esta cantidad de migrantes que hoy día tenemos... por ejemplo, **nuestro call center, tenemos la atención en creolé, pudimos contratar vía la tercerización** que tenemos con el call center, a dos haitianos que están permanentemente ahí, que están contestando, ¿ya?” (Entrevista 32, Autoridad- Representante Nivel Central, 2017).*

La evaluación general que elaboran los entrevistados del sector gestión sobre el rol que cumplen los facilitadores interculturales es variada. Según la mirada de los participantes dicho sector, **el rol parece ser bastante heterogéneo** dentro de los diferentes contextos. Se plantea que van adquiriendo diversas funciones, nombres y cubriendo necesidades varias, incluso vinculándose a otras atribuciones. Dicha heterogeneidad se puede encontrar incluso dentro de un mismo CESFAM, tomando otros nombres y actividades, según la conveniencia de la comunidad. En general se plantea que los facilitadores interculturales:

*“Van a hacer terreno, rondas médicas y él acompaña al equipo, los monitores, cuál es la función principal? ellos apoyan y **reciben a todas las personas migrantes, entregan información** de cómo inscribirse en el CESFAM, qué documentos necesitan para inscribirse, cómo es el sistema de salud, cómo funciona el tema de que si yo quiero pedir una hora con el médico, con la matrona, con la enfermera y apoyan al equipo SOME además, porque con este tema del **decreto sesenta y siete y la circular cuatro**, ellos de alguna forma apoyan a los calificadores que son administrativos que están en zona y para hacer esta gestión y cuando existen casos puntuales, casos sociales, ellos activan las redes de apoyo” (Entrevista 12, Autoridad Gestión, 2017)*



Algunos participantes a nivel de gestión señalan que los facilitadores interculturales cumplen una función tradicional, específicamente frente a la población Aymará o indígena y que **dicha función no es producto del Piloto Nacional de Salud de Migrantes**. Aunque los facilitadores interculturales se hacen escasos en la comuna, también se plantea que **hay otras comunidades migrantes que están quedando sin un facilitador que los apoye**:

*“Antes había un convenio de facilitador intercultural, que tiene que ver con la población indígena de acá, los Aymaras, pero a nosotros no nos han pedido tener una persona que por ejemplo en el caso de los haitianos o de los pakistaníes, o de los hindús... chinos” (Entrevista 19, Autoridad Gestión, 2017).*

De esta manera, se aprecia en forma implícita que, en el imaginario de algunos participantes de este estudio, una de las características centrales del facilitador intercultural es pertenecer al grupo en el cual va a ejercer su rol, o ser “especialista en un grupo en particular”, es decir, “conocer la cultura” del grupo al cual se va a “atender”.

En la **zona norte** del país, el rol del facilitador intercultural ha sido muy bien acogido, en Arica está orientado a pueblos originarios y en Antofagasta cumple el rol de vincular a los migrantes de países latinoamericanos el sistema sanitario chileno, su uso y acceso, entre otras muchas funciones:

*“El tener una mediadora, acá en este CESFAM ha sido un muy buen catalizador, muy buen catalizador, porque **la gente cuando llega a un país diferente obviamente esta un choque cultural**, son otras costumbres, otras vivencias, otro todo, y llega acá y resulta que acá se entera que hay un CESFAM donde tiene que inscribirse, donde tiene que tener una ficha... cuando llegan, y llegan como tan desorientados, **el aporte que ha tenido XX para esta nueva realidad que hemos tenido en el último tiempo ha sido, yo diría trascendental**” (Entrevista 29, Grupo Focal Funcionarios, 2017)*

En algunas comunas (zona norte) específicas han realizado una adaptación del término facilitador intercultural, con el término **monitor**:

*“El término **facilitador intercultural** acá confundía a los dirigentes, entonces nosotros dijimos vamos a tener que **cambiarles el nombre a monitores**, el único que dejamos como nombre **facilitador intercultural** fue XY porque él realmente cumple una doble función, o sea, **la población que está ahí es indígena migrante y además él es hablante Aymara**” (Entrevista 12, Autoridad Gestión, 2017).*

De esta forma, en la zona norte del país, el rol del facilitador intercultural está enfocada principalmente en pueblos originarios, específicamente Aymaras. Los funcionarios están habituados a recurrir a dicho facilitador desde hace mucho tiempo, valorando su labor:

*“De mucho antes de que empezara todo este auge del migrante, teníamos a XX en el hospital, en el CAE, y cualquier cosa que yo necesitara, en horario diurno por ejemplo, yo la llamaba puh, por ejemplo no sé poh, una paciente que hablara solamente Aymara, o sea que hablara, la llamaba yo poh, que me acuerdo un par de veces, entonces la llamaba, por favor venga a ayudarme pa comunicarnos con la señora o qué sé yo, ningún problema, venían pa acá” (Entrevista 11, Funcionario, 2017).*

En el norte del país, se percibe una falencia de personal que ejerza el rol de facilitador intercultural para las migraciones recientes, que se especialicen en países como Perú, Bolivia, Colombia y de manera incipiente para pacientes haitianos:

*“Le **pusieron mal el letrado y dice guía** intercultural, pero es una facilitadora intercultural, ella es originaria del pueblo XX, que está al interior del pueblo XX, ella estuvo trabajando como facilitadora cultural en la ciudad XX y después se vino para acá y ella se maneja en lo que es ai... no, **ella habla kunza**, que es una lengua que se utiliza al interior eee más del pueblo atacameño, porque **hacia el norte hablan Aymara, entonces ella se maneja**, de hecho ella nos colaboró en la señalética, que están arreglando en algunos lados porque se le está colocando abajo en kunza, el mensaje también para... y ella fue contratada pensando en este nuevo hospital, pero ya va... ya cumplió un año, como nosotros en el hospital antiguo, preparándola para, o sea, de qué forma tiene que interactuar, cómo **tiene que recibir a la gente** y ella... si llega alguien, ella lo acompaña en todo el proceso... solamente este... la facilitadora, es que la facilitadora intercultural está puesto eee a nivel de los pueblos como más indígenas... nosotros queremos hacer una buena práctica, pero estamos esperando poder tener la posibilidad de un cargo para eso y **queremos tener un facilitador, pero eee como que abarque a todos los otros, que son colombianos, peruanos, hemos tenido incluso tuvimos un parto de una familia haitiana... la señora llegó cuando el bebé estaba un poco complicado, no se había controlado, así que llegó a la urgencia a tener su... y lamentablemente no nos manejábamos en creole**, entonces ubicamos unas personas que sí hablaran en francés y después con una aplicación de creole empezamos a poder comunicarnos con ella para poder diagnosticar a la chica, bueno finalmente su bebé salió niña, sin problema, qué sé yo y ahí nos dimos cuenta, dijimos: ya, están empezando a llegar los haitianos, o sea, tenemos que prepararnos y en eso estamos” (Entrevista 28, Funcionario, 2017)*

También en la zona norte de Chile, hay una valoración de los facilitadores interculturales como **actores de la atención de migrantes**. Principalmente se comenta que pueden dedicarles tiempo a los pacientes que requieren información sobre el acceso y uso de los servicios de salud de Chile, como acceder a los beneficios y otros aspectos educativos, para los cuales los profesionales que atienden en box no tienen tiempo asignado:

*“Yo no le puedo dejar ese trabajo a mis colegas de cada sector porque ustedes mismos saben, quince minutos tienen para atender, **como le vas a dar el tiempo** o como le vas a tirar la pelota a ellos de que ellos son los culpables de que no se interioricen, es que no hay tiempo, **por algo es este facilitador cachay**” (Entrevista 23, Funcionario, 2017).*

La apreciación anterior da cuenta de que los funcionarios depositan en los facilitadores interculturales, la responsabilidad de comunicarse, entenderse y darla tiempo a los usuarios pertenecientes a la comunidad migrante.

En la **zona central**, el facilitador intercultural tiene otros requerimientos que en la zona norte. Por ejemplo, en general la población migrante tiende a tener una consulta y control tardío del embarazo, entre la población de origen haitiano, esta dificultad es muy marcada. Un efecto positivo de la acción del facilitador intercultural ha sido bajar esa brecha:

*"Ha mejorado, pero también se ha debido a que incorporamos un funcionario que es de nacionalidad haitiana y por tanto es mucho más fácil llegar a esta comunidad... y cómo lo hemos notado? porque cuando sacan el REM se nota que ya están apareciendo embarazadas haitianas con menos semanas de gestación, ahora el promedio que teníamos de edad de gestación ingresado, era de treinta semanas, que sabemos que es tardío, ahora estamos llegando a las veinte, veintidós" (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017).*

En algunas entrevistas, se plantea que el rol que cumplen los facilitadores interculturales parece ser limitado específicamente al **área de comunicación o facilitación de acceso al sistema de salud**, al lenguaje propiamente tal;

*"Es que lo que pasa, a ver, a ver la asistente social lo que te hace del convenio y la otra es contarte como tú te puedes atender, ya? La orientación, y se le dice, a ver en que condición está usted, ya, usted se puede atender, usted su hijo, es carente de recursos, la mandan a FONASA le dan el Rut provisorio... pero eee, hablarle de cosas así como, ah el país tiene esto, la comuna es así, te fijas? No, a lo mejor eso puede salir en una conversación, pero, así como propiamente tal que sea un especialista intercultural no" (Entrevista 17, Autoridad Gestión, 2017).*

En la zona central, la **función del facilitador intercultural en ocasiones es asumida por algún profesional migrante** que trabaje en el CESFAM, situación que es especialmente aportadora cuando se trata de pacientes haitianos. En algunos de los lugares de trabajo explorados, se recurre a una doctora que habla creole por ser de origen haitiano, siendo de gran ayuda para traducir y comprender la cultura de los pacientes de ese origen:

*"Es totalmente distinto a todo el resto, entonces por ejemplo que trabaje la XX y XX acá nos salva mucho porque por lo menos nos ayuda a entender cuál es la lógica que tienen, o sea aunque ellas salieron hace muchos años de Haití, nos dicen, cuando yo era chica pasaba esto" (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017)*

A nivel de gestión, se destacan positivas acciones de voluntarios interculturales para traspasar la **barrera lingüística**. Se trata de profesionales que se apoyan en facilitadores de origen haitiano:

*"El funcionario haitiano que es de nacionalidad... bueno nacionalidad haitiana y tenemos un grupo de voluntarios que nos ayudan en atención... se capacitaron durante dos meses y después se les entregó la certificación, firmaron con consentimiento y apoyan durante todo el día, de lunes a domingo" (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017)*

La acción de estos facilitadores en su **función de intérpretes** es un recurso bastante utilizado:

*"Nosotros tenemos la posibilidad de contactar a una traductora de creole, ya?, de manera que cuando tenemos pacientitas que no hablan en español, uno hace el contacto para que la traductora esté presente y pueda ir haciendo de interprete en el control de la embarazada, en el control del niño..." (Entrevista 3, Funcionario, 2017).*

La acción del facilitador intercultural es básica en la atención de migrantes de distinto origen, especialmente en aquellos que por hablar otro idioma no pueden comunicarse, los **pacientes haitianos** son repetidamente mencionados en las entrevistas.

La percepción de los funcionarios entrevistados tiende a ser positiva al indagar respecto a la función que ejerce el facilitador intercultural con los usuarios. En algunos casos se plantea que **nadie más está capacitado para llevar a efecto esta intervención**. También existe la idea de que son **insuficientes en número y muy especializados** en determinada etnia o nacionalidad, en resumen, la falencia se percibe en cantidad y calidad.

**Según los propios facilitadores interculturales entrevistados**, su rol sería:

*“[Apoyar el] acceso a la atención de salud de la comunidad migrante eee uno de los importantes sería eso, que todos pudieran llegar a los controles, tener los controles y el otro también el trabajo que estamos haciendo es el trabajo directamente con otros colegas que están en los hospitales, ya? y en otros CESFAM yo también estoy haciendo con... si tengo algún problema, un traslado de... CESFAM XX lo llevamos pa allá, pa mi funcionaria XX, que es colega también, entonces lo llamo y le digo: en qué situación está y ellos también tratan de llamarme pa acá y en qué situación están los documentos, en qué va... no sé poh, la ficha con las cosas, ese es como los trabajos que siempre hacer...” (Entrevista 14, Facilitador Intercultural, 2017)*

El rol del facilitador intercultural parece ser crucial, operando en varias aristas de la temática, no solamente a nivel de comprender la cultura del paciente y traducir, sino en funciones administrativas, de orientación y prácticas:

*“Es complejo el tema, yo creo que si **se necesita una mediadora o un mediador intercultural en cada CESFAM**, es más que necesario porque ahora con los que estamos, estamos como solucionando... otros CESFAM, todavía sigue la negación, la no, no te puedo atender, hay usuarios que les dicen, no pero anda al CESFAM ZZ, el CESFAM ZZ atienden allá todo” (Entrevista 24, Facilitador Intercultural, 2017)*

En resumen, son los propios facilitadores interculturales quienes se trazan metas y plantean que el **trabajo de terreno en contacto con la comunidad es fundamental** si bien es necesario tener alguna comodidad para trabajar en el CESFAM en algunas ocasiones.

Respecto al **rol del facilitador intercultural dentro de la comunidad migrante** se perciben experiencias muy variadas, el único elemento unificador de aquellas experiencias es el de orientar y resolver dificultades. En varias entrevistas aparece como facilitador intercultural *de hecho*, algún profesional que es migrante, aunque no esté contratado para ese efecto, por ejemplo, algunas asistentes sociales o médicos. Así mismo, aquellos funcionarios que si están contratados en ese rol cumplen funciones muy variadas, se especializan en diferentes comunidades, según su experiencia y lenguaje y reciben variadas denominaciones a lo largo de las comunas estudiadas, traductor, entre otros.

No necesariamente el facilitador intercultural es reconocido con ese nombre, aunque se puede visualizar su acción y el rol que cumple;

*“Falta de información porque la mayoría de la gente se priva de ir a los lugares... a esos lugares porque piensan pues, como son indocumentados, no les van a dar salud, esa cuestión, lo que están hablando ahorita, de que te dan un RUT provisorio, sí eso... inclusive una compañera en estos días fue y me dijo: ah, mira, tuve que ir al consultorio XX, allá mismo y la atendieron porque la trabajadora social creo, no*

*sé, una funcionaria allá le dijo que fuera para que sacara un RUT y con ese RUT la podían atender” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

Este rol es fundamentalmente visualizado como el de un **orientador**, una persona que está accesible para consultas y resolución de problemas puntuales, quien conoce perfectamente los mecanismos de acceso y por otra parte difunde dentro de la comunidad de migrantes estas directrices.

En la dinámica del grupo focal surgen experiencias de haber sido atendidos especialmente en hospitales, y de qué manera el facilitador intercultural o quien cumple su rol en la institución, orienta, apoya y resuelve los problemas de acceso que van surgiendo para aquellos migrantes que por uno u otro motivo no tienen gratuidad en la atención:

*“Estuvo como días en el hospital, cobraron un millón, lo operaron... yo firmo un pagaré obviamente, me mandaron como a [Ininteligible 29:43] a la notaría a firmar el pagaré, todo, pagué la primera cuota no más, una... ah no!, dos, pagué dos, el primer mes, el segundo mes, pero después me asesoraron: pero no pué, como no está inscrito y tú vas a empezar a pagar en forma independiente, mételo a carga y todo para que... no sé si se borra la... la deuda, qué sé yo, pero pué, lo hice así y después vamos al hospital, donde sea y no lo cobraron más, entonces si pasa a cobro...” (Entrevista 22, Grupo Focal Migrantes Iquique, 2017).*

A modo de resumen, algunos elementos que destacan respecto a la **temática de interculturalidad y el rol que cumple el facilitador intercultural**, son reiterados en todas las comunas:

**Figura 8:** Elementos que destacan respecto a la temática de interculturalidad y el rol que cumple el facilitador intercultural

- Percepción consensuada entre los participantes acerca de que es necesario desarrollar la interculturalidad en salud.
- Percepción de que le falta muchísimo por delante, incluso el consenso de algunos conceptos en algunos casos.
- En varias ocasiones se plantea que la interculturalidad pasa por conocer el folclore, las tradiciones o el lenguaje de la cultura en la cual se piensa interactuar, solamente.
- La interculturalidad muchas veces es percibida como una suerte de curso sobre lenguaje y tradiciones, una capacitación de contenidos, más allá de las habilidades para relacionarse y la flexibilidad ante otra cultura.
- Las barreras interculturales más reportadas son el idioma, en el caso de Haití, el lenguaje propio de los distintos países latinoamericanos, las costumbres diferentes en términos de alimentación crianza, salud. También existe una diferencia importante acerca del acceso y uso, ya que el funcionamiento y la estructura de los servicios de salud es diferente en otros países.
- De acuerdo con algunos participantes, una buena oportunidad de desarrollar interculturalidad en la práctica sería facilitar la contratación de profesionales de salud de origen migrante.
- El rol del facilitador intercultural es muy diverso, sin embargo, en los variados contextos en que se desenvuelven los participantes de este estudio, éste es considerado de utilidad.
- De acuerdo con algunos participantes, el rol del facilitador intercultural es específico para cada comunidad, no es intercambiable puesto que el mismo, se encuentra “especializado” y muchas veces proviene de una cultura en particular
- El rol del facilitador intercultural, si hubiese que definirlo de manera transversal de acuerdo con las percepciones de los participantes de este estudio, sería el *ayudar a los migrantes en acceso y uso de salud, siendo capaz de sobrepasar las barreras en dicha área.*

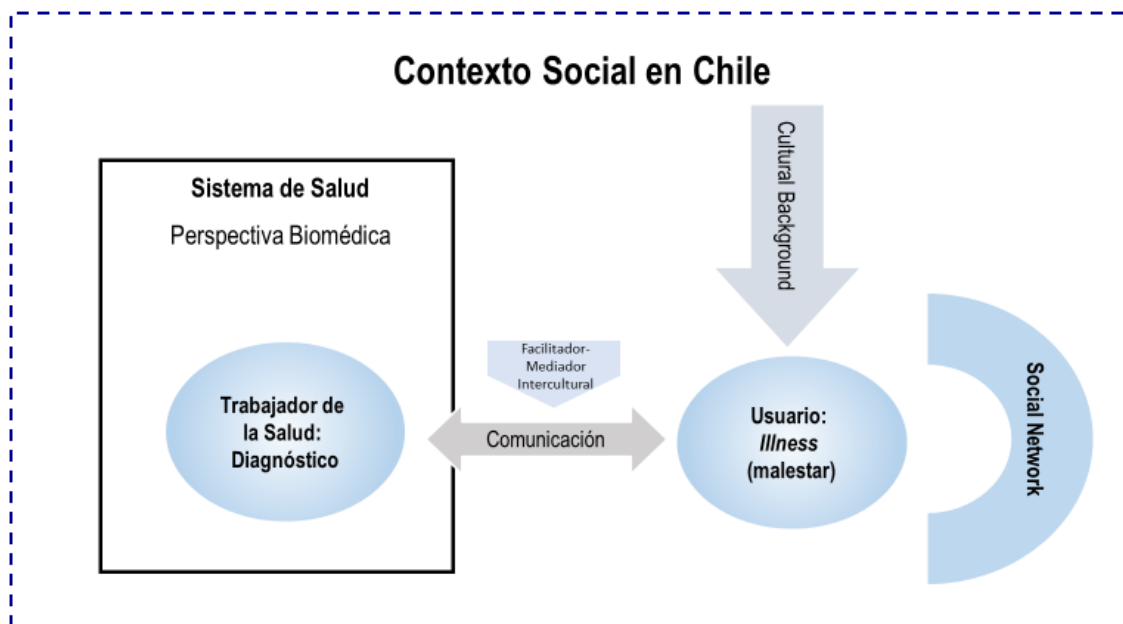
## Análisis inferencial y recomendaciones sobre la interculturalidad en el sector salud

El contexto social y político en Chile, otorga en forma implícita y explícita una superioridad a la tradición biomédica frente a cualquier otra cosmovisión en salud, la cual se manifiesta en la forma de funcionamiento de los centros de salud y sus profesionales. Si bien por parte de la autoridad central existen iniciativas que promueven la integración y respeto de otras formas de entender la salud, usualmente los funcionarios actúan desde una perspectiva biomédica que apunta a la detección de diagnósticos específicos y prescripción de tratamientos.

Desde esta mirada, la llegada y creciente aumento de la población migrante se presenta como un gran desafío para el sistema de salud y su forma tradicional de interactuar con los usuarios. Los migrantes poseen sus propias creencias, conductas y formas de entender el funcionamiento de los sistemas de salud; prácticas y creencias que se asocian a su *background* cultural y al grupo social cercano que los rodea.

Trabajador de la salud, orientado al diagnóstico desde la perspectiva biomédica, y usuario migrante, cargado de su historia, sus tradiciones y sus propias cosmovisiones en salud, se enfrentan al gran desafío de *comunicarse* e idealmente *entenderse*. Esta comunicación no se ve solo alterada por barreras idiomáticas evidentes como en el caso de la población haitiana, es más, los mayores desafíos pueden ocurrir incluso con personas que hablan el mismo idioma, ya que en esos casos las diferencias no son siempre tan evidentes y, por ende, muchas veces se pasan por alto. Esto se sintetiza en la Figura 9 a continuación.

**Figura 9:** Análisis inferencial y recomendaciones sobre la interculturalidad en el sector salud





Dadas estas complejidades, el Plan Piloto de Salud para Migrantes Internacionales diseñado por el Ministerio de Salud, ha sentado dentro de sus bases la importancia de un **enfoque de interculturalidad**, complementado por la presencia de facilitadores interculturales o mediadores lingüísticos cuya función sería facilitar el encuentro entre los sistemas de salud a través de sus trabajadores y la propia comunidad migrante. Esta iniciativa por cierto ha permitido avanzar en la integración de la comunidad migrante, sin embargo, aún persisten algunas tareas en las que es necesario avanzar:

1. Sería de gran relevancia consensuar un lenguaje en cuanto al enfoque de interculturalidad y sus implicancias, atendiendo a que todo trabajador de la salud debiese poseer un piso mínimo de conocimientos en relación con dicho enfoque.
2. Resulta necesario promover una reflexión en torno a la importancia de una práctica en salud que sea respetuosa de las diversas cosmovisiones.
3. Es especialmente relevante que los trabajadores de la salud comprendan que la presencia de facilitadores interculturales, si bien colaboran en la comunicación con los usuarios migrantes, no les resta responsabilidad en términos de comprender a los usuarios e idealmente diseñar estrategias en salud culturalmente competentes de acuerdo con sus necesidades.

Es un gran desafío aún el que los trabajadores de la salud comprendan que el enfoque intercultural debiese estar presente en cualquier interacción en salud, no sólo con pueblos originarios o comunidades migrantes, ya que solo de esta forma podrán desarrollar la sensibilidad cultural necesaria para relacionarse con cualquier usuario del sistema, en toda su amplia diversidad.

### 3.6 Síntesis de hallazgos con foco en difusión de derechos, participación, capacitación e información

*Enfoque de Derechos Humanos a la luz de su implementación en diversos niveles: APS, Hospital, SEREMI y FONASA*

A continuación, se presentarán algunas reflexiones reportadas por los participantes de este estudio en relación con el enfoque de derechos humanos. Si bien no hay un consenso conceptual claro respecto a esta temática, el término “derecho” es utilizado en diversas situaciones, sobre todo relacionado al **derecho a acceso a salud**.

A nivel de autoridades de gestión, se plantea que en **APS** es fundamental **hacer explícita la mirada de derechos humanos en la atención de salud**, ya que es recién después de esta difusión cuando se pueden empezar a trabajar en concreto las falencias que cada funcionario de APS puede tener en relación con llevar las ideas a la acción:

*“Y acá, nadie puede negarle la atención a una persona migrante y esta cuestión no es discreción al del funcionario... eso se terminó, el espacio de que el funcionario es discrecionalmente decidía qué migrante atendía y a cuáles no, se acabó! pero eee, ahora empiezan a emerger las verdaderas brechas, los verdaderos prejuicios, porque ya no, tenemos que empezar a lidiar... en esa línea, nos falta mucho madurar, mucho madurar por que ha emergido con mucha fuerza el prejuicio, eee, el estereotipo, ahora está emergiendo con mucha fuerza, y ahora nos afectan a los indicadores, no? antes no podíamos decir eso” (Entrevista 25, Autoridad Gestión, 2017)*

Por otra parte, funcionarios de APS otorgan importante rol a **explicitar la normativa respecto de los derechos y exigir cumplimiento** de ésta, especialmente como un punto de partida simbólico de poner en práctica los ideales que se esperan de un país, con foco en atención sanitaria. Evaluar la puesta en práctica es un proceso más lento, que debe pasar por reflexiones personales y grupales:

*“Interviniendo al servicio de salud, un punto importante donde que... no sea un... una cosa que se ha dicho, después no se le haga, me entiende? ya como hay ley, como es un derecho, entonces todos tienen que estar sujeto a eso, por esa parte bien me parece... no te podría decirte si falta o es mucho, yo creo que es el tema de los profesionales, ya adecuados donde evalúan cómo está el acceso a la atención de salud, pero en mi caso yo por ejemplo, como hay ley y es un derecho de atención de salud primaria, para mí a lo mejor está bien y ya no puedo decir más de que me falta algo, no sé, yo no podría decir, sí, pa mí está bien porque tener acceso de salud, atención, que no es un obstáculo” (Entrevista 14, Funcionario, 2017)*

A **nivel hospitalario**, la temática de derechos humanos parece estar asociada a ciertas condiciones de la atención, más que a la nacionalidad del paciente. Es así como se intenta dar respuesta a quienes requieren de atención por su condición de salud, por sobre aquellos que requieren hospitalización por motivos potencialmente riesgosos, ejerciendo un rol de *priorización* que sin duda roza con cuestionamientos éticos y con la aplicación del enfoque de derechos. Un buen ejemplo es tener necesidad de elegir un cupo para hospitalización entre un paciente anciano gravemente enfermo y una persona que ingirió ovoides para traficar

drogas, ambos tienen una condición de salud o una normativa legal, que requiere de una cama hospitalaria. Entrevistado explica que generalmente se inclinan por el paciente enfermo, dado que la disponibilidad de camas es generalmente insuficiente:

*“Claro, o sea, nosotros... yo creo que ni se... ni se conversa en el comité de ética, es algo... o sea lo... bueno, es anónima... es algo que todos entendemos, pero que no debiera ser porque efectivamente, **se vulneran a lo mejor derechos humanos** en cuanto a qué no sé, si estoy dos días por lo menos tener un lugar donde tirarme a dormir y no sé, porque ellos están en un espacio en el fondo, donde a lo más pueden estar sentados, ya?, entonces claro, tú vulnerar a lo mejor un derecho, pero si no el otro abuelito también tiene que quedarse en una camilla con un colchón no sé poh, una colchoneta en una camilla, entonces ahí tú ves... o tal como dices tú, **en realidad debiera ser un comité de ética que diga, qué es mejor**, o sea, cuál respeto o cuál válido sobre... **y como ellos sólo ingesta de ovoide en el fondo, no es una enfermedad la que tiene y este otro paciente sí tiene una enfermedad** y nosotros somos un hospital, no somos... se le da prioridad al que sí está enfermo, al que sí corresponde la cama, como te digo ahí, independiente de la nacionalidad, pero lamentablemente el otro queda en resguardo, en espera, en condiciones que a lo mejor no son las adecuadas o no son las mejores” (Entrevista 18, Funcionario, 2017)*

Aunque coincide con la condición de migrante en algunos casos, funcionarios plantean que la nacionalidad no es el punto clave en la toma de decisiones, y queda planteada la inquietud de que la vulneración de derechos se asocia a limitaciones del sistema sanitario más que a voluntades personales.

Funcionarios a nivel de hospital, ponen en práctica su atención con enfoque de derechos, en este caso, a nivel pediatría el énfasis está en los **derechos del niño**:

*“Yo pienso que sí es relevante, nosotros todos los que han trabajado en pediatría sabemos el decálogo de los derechos del niño y **yo creo que toda la gente que trabaja con niños nunca ha hecho distinción de nacionalidad, puede que lo haga con los adultos, pero cuando ven a un niño, yo le aseguro que aquí no, no, no hay**, pueden haber que se peleen los demás y las cuestiones, pero cuando uno es trabajador en este hospital que trabaja siempre con niños, enfrenta a un niño, todo se borró poh, no hay nada más poh! porque no existe, por eso te digo, por lo menos... ahora en los adultos yo no lo sé” (Entrevista 8, Funcionario, 2017)*

Desde **SEREMI** el plantear la temática de DDHH y difundirla entre funcionarios, tanto de APS, Hospital e incluso en la sociedad ha sido clave en el inicio de diálogos, instalar la mirada en la práctica y cambios sociales respecto a la atención de salud de migrantes en particular:

*“¿El concepto de derechos humanos? O sea, ha sido la base de todo esto que se ha formulado, ha sido lo que ha movido el cambio y la revisión de la normativa, la sensibilización, y esto del acceso a Fonasa, esto es lo que ha movido. Sin lugar a dudas yo creo que cada vez más el hablar del tema ha permitido que la sociedad en su conjunto ponga un poco más énfasis en el tema de los derechos humanos, y yo creo que ha servido mucho para poder instalar el tema, porque, en una primera mirada, nuestros compatriotas tenían la mirada de que se gastaba la plata de los chilenos para atender la salud de los extranjeros, cuando eso en realidad no es así, los extranjeros trabajan y pagan sus cotizaciones, y por lo demás sólo el 10% de la población que se atiende en los hospitales son extranjeros, por lo tanto ha obligado a instalarse con los derechos humanos desde esta mirada, en donde **siempre está la discusión si la migración es un derecho o es una oportunidad que bien podría negarse**. Nosotros*

*lo tenemos claro, la presidenta Bachelet lo tiene súper claro, ella se ha pronunciado sobre esto, que **la migración es un derecho**, y por lo tanto nosotros estamos mandados en función de los derechos humanos para poder facilitar el acceso a todas las personas, independiente de su condición. Yo creo que ha permitido avanzar en esos aspectos” (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017)*

Por otra parte, se perciben tareas pendientes justamente en el área de poner en práctica lo ya difundido en temática de DDHH, los cambios culturales son lentos y el inicio es la difusión, que ha sido permanente y debería continuar desde la mirada de SEREMI. **La temática de DDHH debe ir de la mano con la pertinencia cultural y la interculturalidad para ser correctamente comprendida en ámbito sanitario.** También se plantea incluir esta mirada en la formación de los profesionales universitarios en salud, que aquellos que se reciben ya la tengan incorporada, para ellos deberían realizarse cambios en las mallas curriculares universitarias:

*“Si tú me preguntas si los equipos están preparados yo creo que no, o sea llevamos cinco años haciendo capacitaciones en derechos humanos, derechos de pueblo indígena, derecho de los pueblos migrantes, y todavía existe bastante resistencia... o sea yo ayer escuche, no hoy día nos ven las horas y claro se inscriben y viven lejos y pierden las horas, y yo les digo, bueno pero la pérdida de horas es sólo extranjero? o son chilenos también, no bueno de los dos, si en realidad mitad y mitad, bueno y las excusas que dan del trabajo de esto, son solo los extranjeros? o son, si bueno en realidad, pero al final es la queja contra el extranjero pero resulta que no es la población extranjera la que te está causando necesariamente el problema no? entonces **hay que seguir sensibilizando a los equipos**, la formación de las carreras profesionales, o sea de verdad hasta el cambio en la constitución si tú me preguntas, porque mientras salud siga siendo un servicio y no sea un derecho humano es muy difícil que los equipos de salud sientan que están haciéndose cargo de entregar un derecho humano... y te miran con una boca así como [hace gesto de pregunta], y tú les hablas de derechos humanos y ellos se imaginan claro los torturados, no sé qué, no sé cuánto, entonces ahí como que la gente recién, y eso que se trans... que sea una transformación cultural es lo que tú tienes que estar una y otra y otra vez e inculcar, eso, **la interculturalidad en salud, la atención con pertinencia cultural es un enfoque de derechos humanos**, de simplemente considerar que el otro tiene derechos colectivos, que tiene otro sistema médico, que puede tener otra explicación o que en su país el sistema de salud funcionaba de otra manera, y eso a veces, eso tan simple como de entenderlo y respetarlo, cuesta montones porque está el discurso, que ellos se tienen que adaptar acá, tienen que funcionar como nosotros lo hacemos, es que si no vienen a los controles son malos padres, cachay?” (Entrevista 13, Autoridad Gestión, 2017)*

La mirada que presentan los entrevistados desde **FONASA**, consiste en que la salud es deseada por los migrantes como un derecho, muchas veces influidos por la cultura del país de origen. FONASA difunde la forma en que opera el sistema de salud chileno, con la intención de mejorar la comprensión por parte de migrantes;

*“Tienen una concepción de Estado distinta a la nuestra, por ejemplo el venezolano, no voy a hablar del haitiano, el venezolano, el colombiano, viene de un Estado que tiene una lógica distinta en el acceso a la salud... a **la salud como un derecho social y nosotros estamos recién dando como gobierno esa pelea!**, del derecho social, entonces a ellos no les calza que existan las isapres y nuestro modelo, cuando yo explico que tenemos un modelo dual, tiene que ver con eso, no entienden cómo el Estado tiene por un lado, escuchan que los chilenos a veces se hacen comentarios de las isapres, entonces hay que entrar a explicar cuál, cómo opera el sistema de salud en Chile, eso desde una perspectiva de*

*la charlas que hace Fonasa a los distintos nichos de migrantes” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

En todos los niveles antes descritos, las percepciones y experiencias de los participantes dan cuenta de que la temática de derechos humanos, y el enfoque de derechos que se desea mantener en el área de la salud requiere de esfuerzos continuos en términos de capacitación y reflexión en los propios equipos, ya que, si bien el derecho al acceso a salud se ha instalado en el discurso, aún persisten algunas opiniones y prácticas que podrían ser mejoradas.

### *Participación desde la visión de APS, Hospital, Seremi y Fonasa*

La participación ciudadana en los procesos de salud y en los servicios que el sistema de salud otorga ha comenzado poco a poco a tomar fuerza en nuestro país. A nivel de **APS** por ejemplo se destaca la intención de construir interculturalidad por medio de actividades participativas entre comunidad migrantes y chilenos. Se plantea como estrategia para lograrlo, aquellas iniciativas que surgen de la cultura propia de cada pueblo y que, al ser participativas, generan vínculos y conocimiento mutuo:

*“Por lo general [] algunos funcionarios van al valle XX, a San Miguel y ahí hay una fiesta... el carnaval y ahí van a presenciar, vas a presenciar, a jugar y eso y alguna actividad así como culturales (...) pero faltan sedes, locales para poder eee hacer actividades, eso falta” (Entrevista 14, Funcionario, 2017)*

Autoridades de Gestión a nivel de APS plantean que una buena forma de hacer interculturalidad es incorporar a las propias comunidades migrantes en actividades comunes, que pueden tener un enfoque recreativo y a la vez sirvan para mejorar la comunicación;

*“no sé pues, la recreación, no cierto?, tiene que ver con la salud mental, éste... el participar, por ejemplo, con los haitianos en los cursos de español, o sea, si no disminuyes la barrera del idioma, es bien difícil que por lo menos puedas decir qué es lo que te pasa, no cierto?, entonces una mayor articulación de estrategias o de intervenciones en espacios que están vinculados más al tema organizativo” (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017)*

Una forma de participación de la comunidad se basa en hacer común el lenguaje, que la comunidad migrante se sienta incluida de manera explícita, que ponga en común los términos y cuente con la acogida de quienes están preparados para vincularlos con la atención sanitaria, según sus creencias:

*“En todos los consultorios tu entras y está todos los letreros en aymara, en aymara, igual en cada consultorio hay gente profesionales que trabajan con nosotros que son de esa cultura puh, por ejemplo en la institución XX hay una chica que es aimara y ella eee, está ahí permanentemente en otras actividades y cualquier caso que haya de aymaras, la llaman a ella” (Entrevista 17, Autoridad Gestión, 2107)*

La participación vista desde quienes son convocados a participar, es muy bien valorada. Dicha participación se puede reflejar como la percepción de los migrantes de ser incluidos por la comunidad nacional en cualquiera de sus estamentos, una **invitación a ser parte**:

*“Nosotros hacemos cursos de español en la municipalidad y hay que, cuando ellas vienen a control, conmigo normalmente vienen solas, la mayoría de las veces, entonces uno le explica que existe este curso” (Entrevista 33, Grupo Focal Funcionarios, 2017)*

La invitación a participar puede ser el inicio de la **eliminación de barreras** importantes en la vida diaria, como por ejemplo el lenguaje:

*“Traductor: (Habla en creole). Les estoy contando que hacemos cursos de español los viernes, y en Mapocho también los sábados. (Habla en creole) Trabajo, salud y documentos también” (Entrevista 36, Grupo Focal Migrantes, 2017)*

La participación ciudadana a nivel **Hospitalario** se encuentra menos desarrollada que a nivel de APS. Se han realizado esfuerzos gracias al programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes, enfocados a poner en común ciertas políticas de funcionamiento, que son urgentes, como por ejemplo algunos temas de financiamiento. Por ello se han conformado mesas de trabajo en asociación con comunidades migrantes, lo cual es una instancia de participación:

*“Yo sé que sí se ha hecho un trabajo con los asistentes sociales acá, el some o dentro de esta misma mesa de trabajo de comité de migrantes local que bueno, ustedes andan en eso evaluando el trabajo de ellos, se han logrado avances en qué sentido, por lo menos de como hospital” (Entrevista 18, Funcionario, 2017)*

En sectores del norte del país, también se ha convocado a la comunidad migrante para participar de mesas de trabajo que aborden la temática financiera a nivel hospitalario, los migrantes participan en conjunto con los funcionarios de los hospitales en las decisiones que se toman en términos de gastos en salud, teniendo como foco común el bienestar del paciente sobre aspectos económicos:

*“Les hacía un poco ruido el... cuando nosotros lo informábamos en XXX [comuna] porque ellos todavía tenían problemas de demora, no han armado como esta alianza, que nosotros la armamos a través de la mesa de trabajo, entonces aquí nuestra primera prioridad, como siempre ha sido es la atención del paciente, después regularizamos, después vemos cómo se paga, qué se pagó, que no, pero primero es la... procurar la atención y no poner en riesgo al paciente” (Entrevista 28, Funcionario, 2017)*

**Las alianzas de participación a nivel hospital-comunidades migrantes son percibidas de manera positiva por los funcionarios**, dado que el trabajo participativo evita problemas de comunicación y desconocimiento de posibles barreras operativas.

Existen algunas comunidades en las cuales lograr participación es visualizado como meta a largo plazo, secundaria respecto a la urgencia sanitaria. Específicamente se menciona a aquellos pacientes que, siendo haitianos, no tienen la posibilidad de comunicarse con el profesional de salud que los atiende. **Funcionarios de Hospital enfatizan la importante barrera que plantea el lenguaje**, a pesar de los esfuerzos por subsanarla a nivel central, que son considerados escasos en la práctica;

*“Si bien a nosotros igual nos capacitan, ya, nos capacitan, nos hacen un curso pero después de un curso de dos días uno no queda experto en creolé, entonces [ risas ] claro, entonces esa es una política de integración ya, otra política de integración es que a nosotros nos capaciten ya, dentro de la*



*capacitación qué tenemos, también nos dieron un pseudo manual que es una hoja que es donde nosotros podemos, donde está escrito como preguntarle, porque consulta, si tiene alguna enfermedad, tiene alergias, si le duele algo ya, que también nosotros lo podemos ocupar” (Entrevista 7, Funcionario 2017)*

A nivel de **Seremis** se ha realizado un esfuerzo por integrar a las comunidades migrantes en la toma de decisiones y discusión de temas de atención de salud en general, teniendo como ideal que las soluciones surjan también desde la mirada que los migrantes tienen y conociendo los aspectos que limitan la atención. Un conocimiento mutuo es percibido como producto importante de esta invitación a participar:

*“Se generó incluso una mesa de inmigrantes acá, con representantes donde se eligen, hay dos representantes para abordar temas de salud, son ellos quienes se les invita por ejemplo a participar del consejo asesor de la institución XX” (Entrevista 4, Autoridad Gestión, 2017)*

La **participación** es visualizada como una instancia que **aporta en el éxito de las decisiones y políticas**. Dicha participación, reúne no solo a las comunidades migrantes sino también a actores clave del sistema de salud chileno, quienes son convocados a discusiones sobre temas puntuales o amplios, que requieren ser puestos en práctica:

*“Entonces en ese contexto piloto traería ya como amarrado como tres componentes básicos no? que uno era el trabajo con la población migrante propiamente tal para su difusión de sus derechos, cierto? la capacitación a los equipos en salud va a ser sensibilizarlos cierto? y eee, el trabajo intra intersectorial que también tiene que ver con la participación social ya? entonces, o más bien nosotros así hicimos la bajada también de los componentes acá, entonces un poco lo que te decía, ya pa aterrizar la pregunta en lo local, lo que te decía la SEREMI, o sea lo primero que se hizo acá fue armar una mesa intersectorial donde estaba salud con todos sus componentes que tú me preguntabas la articulación, efectivamente superintendencia, FONASA, eee, y MINSAL se pusieron al tiro, o sea que nos ha costado más que nombren por ejemplo un referente el hospital, y el servicio de salud... **La sociedad civil migrante nos enseñó también que hay lenguaje que tenemos que usar y lenguajes que no**, entonces como te digo básicamente fueron esas tres líneas de acción donde la mesa intersectorial donde estaba salud, gobierno regional, desarrollo social y gobernación, más la sociedad civil migrante... Se logró hacer un **diseño participativo del plan, de los diagnósticos participativos, de las capacitaciones a los equipos, de la difusión** a la población migrante, ahí está la famosa guía que te hablaba la SEREMI que lo hicimos en conjunto” (Entrevista 13, Autoridad Gestión, 2017)*

Finalmente, la temática de participación ciudadana se está llevando a cabo desde **FONASA** con el apoyo de algunas instituciones ajenas al sistema sanitario, que han estado siempre presentes en temática de migración, por ejemplo, el servicio jesuita migrante, entre otros:

*“Un poco lo que hacemos en el área participación ciudadana, en cuanto eso puede significar la puerta de entrada también de todos los migrantes hacia la salud digamos y también con algunas otras organizaciones, tenemos un convenio con este... con el servicio... Jesuita migrante... Que tienen los jesuitas, ya? que también colaboran... antes yo tenía unos contactos también con algunas organizaciones evangélicas que también están trabajando en términos de poder difundir que lo que... qué pasa, cómo se pueden afiliar en definitiva al seguro, ya? y que en concreto no es necesario que culminen sus trámites de... de visa ni nada...” (Entrevista 32, Autoridad Gestión, 2017)*



En síntesis, si bien la **participación es reconocida como un eje relevante en la comunicación** y dialogo con la comunidad, ésta adopta diversas formas y estrategias variado entre niveles de atención en salud.

### *Capacitaciones e información desde la visión de APS, Hospital, Seremi y Fonasa*

A nivel de gestión se plantea la relevancia de haber ya efectuado varias capacitaciones sobre temas fundamentales en el contexto del Programa Piloto a nivel de funcionarios de **APS**, reconociendo la necesidad de seguir realizándolas:

*“Lo que nosotros a nivel de sensibilización, **lo que hemos tratado es que los cursos de capacitación mínimo sobre interculturalidad y derechos humanos, se haga un ejercicio**, una información sobre esto, ah?, sí se entiende, yo creo que hay más permeabilidad a entender esto, pero yo encuentro que en el caso de los funcionarios hay como una defensa de ellos mismos de... a ver, siempre cuando tú dices: no, los derechos son lo más importante, no sé cuánto, dicen: ah. pero también los deberes; o sea, la gente tiene que entender que tiene deberes, sí, está bien, pero el servicio público... no, es que la gente sobre todo los migrantes, son reclamos, o sea, la gente reclama y a veces... o sea, desde el funcionario creo que hay una... sin que esto sea una generalización, ah?, una percepción de que la gente reclama mucho, exige más de la cuenta, que no hay comprensión, que hay un maltrato al funcionario, es como una atención que yo creo que hay que trabajarse” (Entrevista 1, Autoridad Gestión, 2017)*

Las referencias a capacitaciones, difusiones y cursos en general son numerosas en todos los niveles del sistema sanitario:

*“Es que la **vía que utilizaron no es la mejor** porque hicieron un curso en creole, que incluso yo lo hice, fue on line y para aprender un dialecto imposible, un lenguaje tiene que ser presencial, ahora, en el municipio estamos dando **cursos de español para haitianos** y cursos... y vamos a empezar ahora en noviembre, el **curso de creole para funcionarios municipales**, pero presencial” (Entrevista 2, Autoridad Gestión, 2017)*

Al explorar idéntica arista dentro de los funcionarios de APS, se perciben otros matices no mencionados anteriormente. Se describen sensibilizaciones sobre temáticas relevantes y a quienes se les imparten, cuál es el foco de la atención de migrantes:

*“Ha habido cursos de capacitación respecto al tema de la problemática de la... de inmigrantes en general, para todos los funcionarios del establecimiento, no sólo profesionales, sino que administrativos y técnicos también, porque finalmente la **persona de la ventanilla es importante para seguir avanzando**, especialmente en la temática de derechos humanos; a que pone la primera cara, cierto?, en la recepción del usuario, no?, y como les decía eso ha significado que estos cursos también han estado destinados a contextualizar el tema de la migración, a dar a conocer cuáles son los derechos, las obligaciones, las leyes de protección y eso, a los funcionarios en general y se han ido repitiendo cada cierto tiempo en la comuna” (Entrevista 3, Funcionario, 2017)*

Algunos funcionarios consideran que las capacitaciones y especialmente las sensibilizaciones son fundamentales para avanzar en temática de **derechos humanos** especialmente:

*“Parte de que ellos se manejen en temas administrativos es el tema de la sensibilización del personal para que tengamos una mejor acogida del migrante, porque a veces no es algo tan natural que surge porque los funcionarios y bueno los usuarios que son chilenos también, a veces como que nos ven tan legítimo el derecho a salud de todos, entonces en eso también hay que trabajar harto, como para reconocer la igualdad entre todos y eso también se hace” (Entrevista 35, Funcionario, 2017)*

Al respecto, las autoridades de gestión señalan que existen ciertos tipos de funcionarios que podrían aprovechar mejor las capacitaciones, sensibilizaciones y cursos. Se plantea que dichas capacitaciones podrían rendir mayores frutos si fuesen enfocadas sobre algunos actores, que, por su rol, establecen relaciones clave con los pacientes, específicamente con migrantes. Dichos profesionales tienen buena disposición en asistir, pero perciben barreras para acceder a los cursos, la presión asistencial presente en APS, lo hace difícil:

*“Los mejores aliados son los clínicos, los médicos, tenemos varios médicos que están súper interesados en ir ahondando el trabajo, lo que pasa es que los médicos con la demanda asistencial, cero posibilidades de sacarlo y empezar de trabajar con él, pero con ellos son buenos aliados, hay enfermeras que pueden ayudar, en menor medida” (Entrevista 25, Autoridad Gestión, 2017).*

Es entre los funcionarios de los **hospitales** donde se aprecian las mayores barreras para asistir a los cursos, capacitaciones y sensibilizaciones asociadas al programa Piloto Nacional de Migrantes. Dichas limitaciones no tienen relación con la voluntad de los funcionarios, sino con el **sistema de trabajo y la fuerte presión asistencial**. También se observa que los funcionarios con frecuencia evalúan dichas presiones como una sobre carga más entre las actividades que deben desempeñar en el trabajo cotidiano, más que como un plus en su preparación y formación profesional:

*“Por ejemplo, un día te dicen ya van a hacer el curso, necesitamos que vayan diez personas, o sea veinte personas, y tú tienes que preguntarle a uno por uno, quiere ir, quiere ir, no es que tengo esto, no es que tengo esto otro, no es que ya, y lo otro es que van es porque, ah ya **si me libera del turno voy** cachay, si no vengo a trabajar voy, cachay, entonces es como, eso es lo que yo puedo ver ahí” (Entrevista 7, Funcionario, 2017)*

Ya planteada esta limitación para acceder a las capacitaciones y cursos, se reconoce que son importantes para avanzar en la atención de migrantes;

*“A nosotros igual nos capacitan, ya, nos capacitan, nos hacen un curso pero después de **un curso de dos días uno no queda experto en creolé**, entonces [risas] claro, entonces esa es una política de integración ya, otra política de integración es que a nosotros nos capaciten ya, dentro de la capacitación que tenemos, también nos dieron un pseudo manual que es una hoja que es donde nosotros podemos, donde está escrito como preguntarle, porque consulta, si tiene alguna enfermedad, tiene alergias, si le duele algo ya, que también nosotros lo podemos ocupar ya, que lo podemos ocupar y preguntarle a los pacientes” (Entrevista 7, Funcionario, 2017)*

Algunos entrevistados a nivel de Hospital, plantean que las sensibilizaciones y cursos han venido a ratificar una forma de trabajo que ya tenían como ideal dentro de los servicios. Es percibido como valioso el hecho de recibir información técnica al respecto, que los hace sentir que están realizando su trabajo de manera adecuada;

*“Yo creo que bien, porque tiene una cosa, si bien nosotros no éramos, no discriminábamos, nunca hemos discriminado ninguna cosa porque en realidad la urgencia es, pa nosotros es cómo, el que trabaja acá es porque le gusta, entonces, si llega un paciente, sea chino lo que sea [risas] de cualquier etnia, nosotros lo atendemos igual poh, nos ha tocado acá qué sé yo, no sé una vez tuvimos que atender once rusos que venían, se cayó un helicóptero qué sé yo, ahí tratando de comunicarnos, de inglés, tal esto qué sé yo, pero siempre hemos tenido, no, no, tenemos harto digamos contacto con otras etnias, no nos....lo que no teníamos era la parte legal, la normativa, esas cosas no las conocíamos, entonces nos desayunamos cuando dijeron, no, si no se cobra tal y cual cosa, y esto cuando llegó, cuando salió, nunca nos llegó, eso fue lo que pasó, entonces eso ya nos dio la facilidad con mayor razón digamos de que estábamos haciendo bien las cosas” (Entrevista 11, Funcionario, 2017)*

A nivel de **SEREMI**, entrevistados coinciden con que ha sido complejo avanzar con esta tarea de capacitar y sensibilizar. A pesar de las dificultades han ido avanzando:

*“Hemos tenido que hacer un trabajo de capacitación y de sensibilización importante, lo que efectivamente en un principio hubo como una suerte de rechazo, un poco de discriminación respecto de la llegada de determinados grupos migrantes. Se tuvo que hacer un trabajo de sensibilización que nos tomó casi dos años, pero gracias a Dios hoy día la verdad es que la dificultad en el acceso está bastante superada” (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017)*

El hecho de gestionar los diversos cursos, capacitaciones y sensibilizaciones ha generado esperanza de ir avanzando también a nivel intersectorial y dentro del propio sistema sanitario, una mirada transversal sobre las temáticas de la comunidad migrante:

*“Hubo un curso el año pasado en la institución XX y una de las esperanzas que nosotros teníamos, es que con ese curso los encargados de los programas, generaran en los mismos lineamientos... o sea, que apareciera el tema de inmigrantes como tema a abordar” (Entrevista 4, Autoridad Gestión 2017)*

La mirada de los entrevistados de **FONASA** es impartir los cursos y capacitaciones a través de los municipios, especialmente aquellos que han tenido históricamente una importante comunidad migrante e idealmente alguna oficina que se encargue de esta temática:

*“Nos cuesta bastante esto de la difusión, o sea, nosotros en esto hemos trabajado mucho con los municipios, ya? eee porque en realidad es desde ahí donde nosotros... o donde se puede hacer un mejor trabajo, ya? hoy día son prácticamente todos los municipios del país, sobre todo comunas grandes, tienen algún servicio con los migrantes y es ahí donde a nosotros nos interesa llegar” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017)*

Se perciben desafíos pendientes para lograr articular los diversos sectores del sistema sanitario y adecuarlos a una atención de salud que sea culturalmente pertinente. Existe la percepción de que parte de dichas habilidades podrían ser implementadas a nivel de las instituciones formadoras de profesionales de salud, específicamente de las universidades. La falta de competencia cultural en los profesionales que trabajan en el sistema sanitario y

particularmente en FONASA, se manifiesta en su grado más elevado en torno a la comunidad haitiana:

*“No tenemos una malla curricular que le enseñemos a todos nuestros funcionarios, no lo podemos resolver en corto tiempo, al hablarle en creolé, pero sí hay una barrera idiomática por una lado, con algunos haitianos porque hay otros que hablan la... algo de español y uno puede entender, los esfuerzos han ido más bien en tratar de comprender cuáles son los... me doy cuenta cuando hablo con los funcionarios, los esfuerzos que... estoy hablando de Fonasa” (Entrevista 32, Autoridad Gestión, 2017).*

Al igual que en la temática de participación, el área de capacitación es vista como especialmente relevante dentro de las estrategias impulsadas por el Programa Piloto Migrante, presentando diversos desafíos que impulsan a seguir trabajando en esta área.

