



SALUD DE PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES
SERIE DE REPORTES
MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

RESULTADOS DE ANÁLISIS INTEGRATIVO

**Integración de resultados y elaboración de
recomendaciones y buenas prácticas**

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:

Jossette 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
Alex Alarcón, PhD
Sofía Astorga, MSc
Margarita Bernaldes, PhD
Félix Martínez, MSc(c)

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen Ejecutivo	4
Antecedentes generales	5
Capítulo 1: Análisis integrativo de la salud de migrantes internacionales como determinante social y como proceso global	7
- Discusión integrativa de resultados de acceso y uso de servicios	8
- Discusión integrativa de resultados de salud	13
- Recomendaciones generales	16
- Tabla 1: Resumen recomendaciones capítulo 1	20
Capítulo 2: Análisis integrativo de cumplimiento de la normativa técnica para nivelar acceso salud a personas migrantes internacionales	23
- Discusión integrativa de resultados	24
- Recomendaciones generales	26
- Tabla 2: Resumen recomendaciones capítulo 2	27
Capítulo 3: Análisis integrativo desde la interculturalidad	28
- Discusión integrativa en cuanto al concepto	29
- Discusión integrativa de resultados de facilitadores lingüísticos	32
- Discusión integrativa sobre estigma y discriminación	34
- Recomendaciones generales	35
- Tabla 3: Resumen recomendaciones capítulo 3	37
Capítulo 4: Análisis integrativo de resultados de los pilotos nacionales	38
- Discusión integrativa de resultados por nivel de abordaje	38
- Discusión integrativa de resultados por comuna del programa piloto	42
- Discusión integrativa de resultados desde enfoque de DDHH	51
- Recomendaciones generales	55
- Tabla 4: Resumen recomendaciones capítulo 4	57
Capítulo 5: Buenas prácticas que contribuyen al diseño de la política de salud de personas migrantes internacionales en Chile	60
- Acceso y Uso del Sistema: Recomendaciones de Política	60
- Recomendaciones de Buena Práctica	63
- Enfoque de Interculturalidad: Recomendaciones de Política	65
- Recomendaciones de Buena Práctica	67
- Recomendaciones de Expertos	70
- Tabla 5: Resumen recomendaciones capítulo 5	81
Consideraciones finales	84
Referencias bibliográficas	86

Resumen Ejecutivo

El presente reporte tiene como principal objetivo el recopilar y analizar los hallazgos encontrados en las etapas previas del presente estudio, tanto de los hallazgos de evidencia internacional y buenas prácticas (Informe 1) como del análisis de información cuantitativa y cualitativa (Informe 2). El propósito fue sistematizar y evaluar el plan Piloto de Salud de Inmigrantes, la identificación de buenas prácticas y áreas de desafío a partir de las experiencias desarrolladas en los pilotos en los diferentes ámbitos de acción y elaborar recomendaciones para el desarrollo de una Política de Salud para personas migrantes internacionales.

El informe se estructura en 5 capítulos, cada uno de ellos con un análisis previo integrativo y posteriormente se presentan recomendaciones específicas. El **primero** da cuenta del análisis integrativo de la salud de migrantes internacionales como determinante social y como proceso global, que incluye resultados de acceso y uso de servicios y resultados de salud.

El **segundo** capítulo analiza el cumplimiento de la normativa técnica para nivelar acceso a salud de población migrante, que incluye discusión integrativa de resultados. El capítulo **tercero** analiza el concepto de interculturalidad, en cuanto a su concepto, resultados de la implementación de facilitadores lingüísticos y sobre estigma y discriminación; en el capítulo **cuarto** se analiza el resultado de los pilotos de salud, tanto por nivel de abordaje, comuna y enfoque de derechos humanos, cada uno de forma separada.

Finalmente, el capítulo **quinto** aborda las buenas prácticas que contribuyen al diseño de la política pública de salud de personas migrantes internacionales. Incorpora un apartado específico con Recomendaciones de Expertos del Sistema de Salud Chileno. En Anexo 1 se adjunta matriz de Resultados y Recomendaciones según Fuente de Análisis y Nivel.

Antecedentes generales

Contexto previo

Los desafíos que presenta Chile en el tema migratorio son múltiples y requieren en una primera instancia de un compromiso de Estado que permita conocer con exactitud y a la vez con precisión la real dimensión que el país y el sector salud enfrenta en el tema. Conocer las condiciones de salud de las personas que ingresan al país es difícil de conocer con exactitud y más aún para el caso chileno, el cual no posee políticas discriminatorias que permitan conocer en detalle el estado de salud de toda persona que ingresa al país. Así, los desafíos del sector salud parten por fortalecer la relación del equipo de salud que realiza la atención y aquella población migrante que utiliza la red de atención. Establecer políticas y programas, no específicos, pero si inclusivos para este grupo, bajo el enfoque de DDHH de cada persona y familia y con pertinencia cultural, es en efecto el gran desafío que enfrenta Chile hoy.

En efecto, la población migrante internacional no supone un riesgo mayor por tener una enfermedad diferente al del país receptor. Múltiples estudios e informes internacionales señalan que las principales enfermedades prevalentes en niños migrantes serían, TBC, hepatitis, en menor frecuencia, meningitis meningocócica, cólera y parásitos intestinales. Así, al país le corresponde contar con sistemas de vigilancia epidemiológica adecuados, programas de promoción y prevención de enfermedades en los territorios específicos y preparación constante de todo el equipo de salud en problemas de salud poco frecuentes, erradicadas o desconocidas en el país (1).

Los equipos locales de salud se enfrentan a diario con hechos concretos que requieren de estrategias nacionales y que estas tengan a su vez la flexibilidad suficiente para implementarlas a nivel local. En general, las estrategias nacionales en salud deben incorporar por grupo de edad. Para niños y niñas se deben incorporar esquemas de vacunación y situación nutricional que incorpore la fecha de ingreso al país y que estas estén unidas a la situación de integración al sistema educacional y social. En la población joven y adulta, las estrategias a implementar no son distintas a las que debe recibir la población del país de destino, poniendo énfasis en estilos de vida saludables, en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud mental y enfermedades crónicas cardiovasculares.

En general, la población migrante internacional adquiere mayores carencias en salud ya que no se encuentran protegidos por los sistemas sanitarios de cada país. Este solo hecho puede hacer que la brecha de inequidades se amplíe para ellos, toda vez que como un indicador básico de bienestar, el no tener acceso a salud puede situar a estas familias bajo la línea de la pobreza (2-3).

Capítulo 1:

Análisis Integrativo de la Salud de Migrantes Internacionales como determinante social y proceso global.

En general, el acceso al sistema sanitario ha tenido una constante evolución. La más utilizada internacionalmente está asociada a la capacidad que tienen los servicios sanitarios a satisfacer la demanda y esta medida como la capacidad de alcanzar, obtener o proporcionar entrada a los servicios disponibles. Esta mirada, desde la demanda, no es completa si no incluimos la utilización de dichos servicios, es decir, la capacidad que tiene la oferta de recibir esta demanda.

La globalización, como proceso económico, tecnológico, social y cultural, favorece la movilidad humana y nos entrega transformaciones profundas en nuestras sociedades, llevándonos a sociedades más transculturales y multiétnicas (4). Adicionalmente, los cambios demográficos, la inequidad y desigualdad, la pobreza, el desempleo en algunos países y la alta demanda laboral en otros, los conflictos y desastres, el cambio climático, violencia social y déficit de garantías por parte de los gobiernos, favorecen condiciones en donde los movimientos humanos a gran escala son inevitables (5).

Desde la perspectiva de salud, este movimiento de personas si es realizado de forma ordenada, contando con condiciones básicas y la adecuada regularización del estatus migratorio, puede resultar en mejores condiciones socio ambientales, mayor acceso a servicios y mejores condiciones de salud (5). Así, la migración por sí sola no implica necesariamente un riesgo para la salud, siendo las condiciones durante el ciclo migratorio, las que aumentan los riesgos para la salud y por ende el aumento de la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural de las personas.

En este contexto de movilidad humana, existe consenso internacional en reconocer a la migración como un determinante social de la salud, que va más allá de la variable biológica y que incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo ambiental. Los determinantes sociales son definidos como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas, afectan el nivel de y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud (6). Dada esta definición conceptual, todo proceso migratorio genera modificaciones individuales, familiares y comunitarias que influyen en la salud de las personas, convirtiendo así a la migración en un determinante social de la salud.

Respecto al acceso y uso de servicios de salud, es relevante destacar que sin derecho a la salud como eje rector no es posible tener acceso ni uso. Existen varios conceptos de acceso y uso de prestaciones sanitarias que merecen ser mencionadas previamente a la discusión de los hallazgos y resultados de esta sección del estudio. Internacionalmente los conceptos de

mayor frecuencia utilizados son: **necesidades de salud, acceso geográfico, acceso financiero, acceso sociocultural, barreras de acceso y confianza** (7) .

La **necesidad de atención** de salud se define como la capacidad de beneficiarse de la atención de salud, si y solo sí, existen pruebas suficientes que la atención de salud ofrece beneficios similares entre individuos que comparten una condición de salud particular. Así, la necesidad de atención está vinculada con la eficacia de las intervenciones de salud a mantener o recuperar.

El **acceso geográfico** consiste en la existencia de los profesionales de la salud y de los servicios de salud que se entregan en el lugar correcto y momento adecuado para satisfacer las necesidades de salud. Mientras que el **acceso financiero** define si las prestaciones incorporan todos los costos para el individuo de utilizar el servicio y la capacidad del individuo para pagar en el contexto del presupuesto familiar. El **acceso socio-cultural** se define como el “ajuste entre las actitudes del proveedor y las expectativas de cada uno de los pacientes”. Estas actitudes de los proveedores están relacionadas con las características del paciente, tales como características demográficas o conocimientos específicos. Por otro lado, las creencias, actitudes y normas subjetivas de los individuos hacia la salud y la asistencia sanitaria también determinan la aceptabilidad y la utilización final de los servicios disponibles.

Respecto a las **barreras de acceso**, estas se definen como los factores que impiden que las personas accedan a la atención; pueden partir desde un escaso reconocimiento de las necesidades de salud hasta el logro de los resultados deseados. Estas barreras incluyen, tanto factores de oferta como de demanda. Por el lado de la oferta se encuentran los costos asociados y organización de los servicios, mientras que en los factores de demanda se encuentra el conocimiento, creencias culturales, actitudes relativas a las condiciones médicas y preferencias del paciente. Finalmente, respecto a **confianza**, nos encontramos con un concepto complejo y multidimensional, que incluye factores de juicio racional o cognitivos como también los cognitivos. Por ejemplo, la confianza de paciente/usuarios del sistema de salud sobre la provisión de un determinado prestador o las habilidades y competencias de un trabajador de la salud.

Discusión integrativa de resultados de acceso y uso de servicios

Respecto a **acceso** al sistema de salud, los principales hallazgos se enmarcan en describir información del sistema previsional de la población migrante o la ausencia de previsión de éstos. El Fondo Nacional de Salud – FONASA – reúne a la mayor cantidad de afiliados, tanto a nacidos en Chile como a personas migrantes internacionales; sin embargo, la cantidad de personas migrantes internacionales que no tiene previsión es hasta 5 veces más alta que la chilena (CASSEN 2015). Aún más, la cantidad de población inmigrante que desconoce su grupo de afiliación (A, B, C o D) al sistema público es el doble a la población nacida en Chile.

En algunas regiones del país, el fenómeno de la falta de previsión se acrecienta, siendo las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Atacama las que mantienen alrededor de un 20% de personas migrantes internacionales sin previsión de salud. Mientras que, para estas mismas regiones, sólo un 5% de nacidos en Chile no presenta previsión de salud.

También desde la perspectiva de **acceso**, es necesario analizar a las personas migrantes internacionales **sin documentos** que ha sido beneficiada por prestaciones del FONASA. Como ya se ha presentado en informe 2 de análisis cuantitativo y cualitativo, esta cifra asciende a **24.469** personas (junio de 2017) ; y de esta cifra, el 97,87% corresponde a prestaciones otorgadas bajo el marco regulatorio de la Circular N°4 del DSN° 67. La mayor parte, tiene como lugar de procedencia Haití (5.583; 22,65%), seguido muy de cerca por los migrantes internacionales provenientes de Venezuela (5.335; 21,64%), Perú (4.826; 19,58%), Bolivia (3.633; 14,74%) y Colombia (3.116; 12,64%).

Teniendo en consideración estos antecedentes generales, persiste una **dificultad de registro** que imposibilita tener un análisis completo, dado que la variable sexo no registra información en el 20,04% de los registros. También ocurre para la variable edad, ya que entre los hallazgos cuantitativos se encontraron 23 personas en el grupo mayores de 100, de las cuales 21 reportan 117 años, presumiendo un error en el registro. Si bien es una cifra baja, es importante profundizar sobre estos hallazgos.

Las regiones con la mayor concentración de personas migrantes internacionales que acceden a prestaciones y se conoce su edad proceden de la Región Metropolitana (17.470; 71,25%), y el tramo de edad de mayor concentración (19%) corresponde a aquellos con edades comprendidas desde los **25 a 29 años**, de los cuales el 61,05% (2.027) corresponden a personas de sexo femenino, 15,51% (515) a personas de sexo masculino y 23,43% (778) no registran información con respecto a esta variable. Es decir, la mayoría de atenciones realizadas tiene sexo femenino.

Mientras que, para las regiones de Tarapacá y Antofagasta, la mayor frecuencia se centra en edades de 20-24 años y para la región de Arica y Parinacota, se concentran en edades comprendidas entre 1 y 4 años. La principal dificultad se presenta en la región de Antofagasta, donde el 75,14% de los casos del tramo de edad de mayor frecuencia no registra información de la variable sexo. Sin duda, este solo hecho representa un obstáculo a la hora de poder identificar población atendida y por cierto dificulta el diseño de intervenciones precisas a este segmento de la población.

Desde la perspectiva de los principios Rectores de la Política de Salud y Migración, el acceso igualitario, visto desde el concepto de **Universalidad** en el acceso y cobertura, distingue, desde la opinión de los usuarios migrantes del sistema de salud, el sentido de “bienestar para todos”, y dicho y expresado por ellos *“Lo hemos dicho antes, queremos todos los que estamos en Chile tener bienestar, queremos todos vivir con igualdad y de una convivencia armoniosa para todos”* (Diálogo ciudadano, Plenaria RM, Independencia, Grupo 10). En este sentido, el acceso universal a los servicios de salud debe ser para todas y todos. De acuerdo a la propia opinión de inmigrantes, esto no ocurre y los migrantes se perciben en una clara desventaja.

Este tema es especialmente sensible en mujeres embarazadas, quienes muchas veces no realizan los controles prenatales por miedo a ser deportadas si están en situación irregular.

Desde la percepción cualitativa de **Actores Claves**, respecto al acceso y uso de servicios, persisten algunos desafíos referidos al **flujo entre niveles de atención**. El tema específico sobre el acceso de personas migrantes internacionales 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 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 pesquizando 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 internacionales 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 internacional y población 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).

Desde la percepción cualitativa de profesionales que ejercen en el **Nivel de 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 Plan Piloto 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.

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.

Desde la percepción de la propia **Comunidad Migrante**, estos declaran nuevas falencias en acceso a salud, que luego de la implementación del Plan 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**

Algunos participantes migrantes, prefieren utilizar **servicios de salud privados**, 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 madrugara 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 Plan Piloto 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**.

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).

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).

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.

Discusión integrativa de resultados de salud

Durante las dos últimas décadas, América del Sur y otros países asiáticos han aumentado su tasa de inmigración regional. Desde hace un par de décadas Chile ha experimentado un “nuevo patrón migratorio” (8). Este nuevo patrón consiste en una importante mayoría de personas migrantes provenientes de otros países de América Latina, en busca de oportunidades laborales. También ha ido aumentando la migración femenina en nuestra región, entre ellos Chile, para trabajar en los servicios manuales y domésticos. La migración internacional en Chile presenta en la actualidad una de las tasas más altas de su historia y es posible suponer que se mantendrán o aumentarán en las próximas décadas. El complejo y dinámico proceso de globalización que se ha instalado en el mundo en los últimos 50 años nos permite recoger experiencias pasadas de países que han sido polo de atracción de migrantes internacionales, y el profundo impacto que tienen la existencia -o ausencia- de políticas migratorias, sociales y de salud que verdaderamente protejan la calidad de vida y el bienestar familiar, laboral y social de dichas personas. Esta evidencia histórica es una oportunidad para que Chile tome las decisiones correctas.

Nuestro país ha ratificado la declaración de Adelaida del 2010 y apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial. Esto promueve que el Ministerio de Salud, alineado con los Objetivos de la Década 2011-2020, colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. Esto es un imperativo ético, legal y social que requiere de mayor apoyo y desarrollo. Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de protección de grupos de personas migrantes internacionales en nuestro país.

Chile es hoy un país de alto ingreso, miembro del grupo elite mundial de la OCDE (9). Según los resultados del último Censo de población 2017, Chile tiene una población de 17. 574. 003 habitantes, de los cuales 8.601.989 son hombres y 8.972.014, mujeres (INE, 2017). De

acuerdo al censo de 2002, esta cifra era de 15.116.435 habitantes, de los cuales 7 447 695 eran hombres y 7.668.740, mujeres (INE, 2003). El crecimiento de la población se ha reducido últimamente. Aunque la población de Chile se quintuplicó durante el siglo XX —el país alcanzó los 2.695.625 habitantes en 1895, los 5.023.539 en 1940 y los 13.348.401 en 1992—, la tasa de crecimiento intercensal 1992-2002 fue del 1,24 % anual, mientras que entre 2002-2012 fue de 0,99 % (10).

Debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos fue la más alta de Sudamérica en 2013 (11). En 2009 esta era de 78,4 años: 75,74 para los hombres y 81,19 para las mujeres (12). Ese mismo año, la tasa bruta de natalidad alcanzó el 15,0‰ y la tasa bruta de mortalidad, el 5,4‰ —con una tasa de crecimiento natural del 9,6‰ (0,96 %)—, mientras que la tasa de mortalidad infantil fue del 7,9‰ (13). Estas cifras permiten establecer un proceso de envejecimiento de la sociedad chilena en la que la mayor parte de la población tendrá sobre 35 años en 2020 (14), superando al grupo etario joven, dominante en este momento. Así, en 2025, la pirámide de población se convertirá en un perfil campaniforme producto del proceso de transición demográfica que vive Chile (15).

Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (16-18). Hay múltiples razones para poder explicar el estado de salud relativamente bueno de la población chilena en comparación con otros países de similar desarrollo económico. Desde principios del siglo XX Chile ha desarrollado importantes iniciativas de salud pública para el mejoramiento de la salud de su población, en primer lugar, se centró en la mortalidad materno-infantil y las epidemias infecciosas y, más recientemente, en las enfermedades crónicas y el cáncer. Estos esfuerzos sistemáticos en materia de salud pública y protección social han dado importantes frutos en salud. Sin embargo, no todos los grupos sociales se han beneficiado de estos avances en la misma medida (19). Existen profundas diferencias en el estado de salud de la población chilena al comparar por ejemplo según nivel socioeconómico, previsión, región, sexo, edad y otros factores (20, 21). En conocimiento de los avances que nuestro país ha logrado en materia de condiciones generales de vida, estabilidad política y económica, relaciones internacionales, entre otros, surge la inquietud de problematizar y reformular qué es, cómo se refleja y qué consecuencias tiene en salud la vulnerabilidad social hoy en Chile.

Teniendo como marco de referencia la evidencia internacional expuesta, se presentan a continuación los principales hallazgos y resultados para esta sección respecto a las personas migrantes internacionales.

Para el año 2013, las cinco principales causas de egresos hospitalarios, excluyendo los egresos por EPP (embarazo, parto y puerperio) fueron: (i) Enfermedades del sistema respiratorio; (ii) Enfermedades del sistema genitourinario; (iii) Traumatismos,

envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa; (iv) Enfermedades del sistema digestivo y (v) Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte. **En todas ellas los menores de 15 aparecen como el segmento más afectado.** Particularmente, los menores de 15 años migrantes mantienen un mayor porcentaje de egresos en relación a menores de 15 años nacidos en Chile, (47%) versus (15%).

Ya en el año 2014, las cinco causas principales de egresos hospitalarios, excluyendo embarazo, parto y puerperio, fueron: (i) enfermedades del sistema digestivo; (ii) traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa; (iii) tumores o neoplasias; (iv) enfermedades del sistema genitourinario y (v) enfermedades del sistema circulatorio.

Resulta preocupante que dentro de las principales causas de egresos continúen presentándose los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. Si bien, para el año 2014, los casos no se concentran en menores de 15 años, si no en el rango de edad entre 35 y 44 años.

Desde un enfoque epidemiológico, la incidencia de **enfermedades infecciosas** en población inmigrante es de un **4,1%** para el año 2013, un **1,8%** para el 2014 y un **1,6%** para el 2015. Si bien estos porcentajes dan cuenta de una baja sostenida, que contribuye a romper el estigma de que población inmigrante es sinónimo de aumento de enfermedades, principalmente infecciosas. Si bien para 2015 la población migrante con VIH aumentó de un **1,6% a un 11,4%** sobre casos confirmados, este aumento supone un aumento de la pesquisa y no necesariamente un aumento de nuevos casos. Se suma al aumento de 10 puntos porcentuales de los egresos por tuberculosis, la que llegó a un 12,7% mientras que en la población local esta se mantiene estable y en torno a 4%.

Sin embargo, este aumento puede tener dos explicaciones. La primera, una posible sub-notificación por país de procedencia; la sub-notificación siempre ha existido y en la medida que la población inmigrante tiene acceso explícito al sistema de salud, los nuevos casos de cualquier problema de salud también se ven reflejados en las estadísticas nacionales y locales. La segunda guarda relación con una realidad nacional y que se ve reflejada en los datos que nos presenta la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, dos cifras preocupantes: i) Chile es el país que más casos nuevos aumentó de VIH en el período 2010-2016 y ii) en comparación a encuesta 2009-2010, donde el 28,8% de los encuestados respondió haberse realizado el test de VIH, en la encuesta 2016-2017 esta cifra disminuyó a 17,2%. Sin duda, este y otros temas de salud pública deben enfrentarse con criterio nacional y no por país de procedencia de los casos.

En términos de **días de hospitalización**, los migrantes concentran un 60,8% de los egresos en cuatro días o más, a diferencia de la población local donde aquí se concentran solo el 36,5% de los casos. Esto habla de una población migrante expuesta a problemas de salud más complejos que la población local.

En cuanto a los egresos por Embarazo, Parto y Puerperio (EPP) se aprecia un aumento importante el 2013 y el 2014, cifra que se encontraba en 19% y que para el año 2015 aumenta a un 28,1%, lo que representa un 40% de aumento. Para todos los años analizados (2013, 2014 y 2015) los egresos por EPP se concentran en la Región Metropolitana, Antofagasta y Tarapacá.

Recomendaciones generales

De los comentarios analizados en la sección anterior, se desprenden una serie de recomendaciones de política, programas, proyectos específicos y/o líneas de acción que requieren de intervenciones de corto, mediano y largo plazo. Estas intervenciones dependerán de la agenda que la autoridad nacional en su rol de Rectoría decida ejecutar. Las presentes recomendaciones no se presentan de manera jerarquizada por orden de prioridad, en el entendido, que el trabajo de priorización corresponde a las autoridades ministeriales y equipos técnicos de trabajo.

1. Acortar brechas de acceso a población migrante internacional. La recomendación es crear los mecanismos necesarios que permitan **incentivar** la disminución de esta brecha. Esto implica la búsqueda activa de población migrante internacional sin previsión e incorporarlos al sistema de salud. El mecanismo existente en la actualidad es el decreto 67, el cual busca precisamente formalizar el acceso de población vulnerable; quien debería implementar estos mecanismos es el Fondo Nacional de Salud, para lo cual es importante precisar como uno de sus objetivos estratégicos institucionales el disminuir esta brecha de acceso.
2. Existe una proporción significativa de personas migrantes que no cuenta con seguro de salud (5 veces más alta que los nacidos en Chile) y por ende más desprotegidos de acceso y cobertura sanitaria. Se recomienda en primer término identificar a aquella población migrante que no cotiza, buscar las razones de la no cotización y luego encontrar los mecanismos para que estos se integren a un sistema previsional de salud, pudiendo aquí optar nuevamente a la recomendación 1 de esta sección.
3. La evidencia sugiere que hay una proporción de población migrante desconoce el plan de salud al que pertenece. Se recomienda profundizar la difusión de información de cotizantes del sector público y privado de salud, dado que la información oportuna de cada cotizante y sus familias es relevante a la hora de la utilización de servicios y de los derechos asociados a su previsión.
4. **La regularización como mecanismo de inclusión en salud.** Ante el alto número de personas migrantes internacionales “no regularizados” y que se atiende en el sistema

público de salud (24.464, FONASA, junio 2017), es relevante incentivar la “regularización” como único camino para la identificación de este importante número de personas. Se recomienda la implementación de una línea de trabajo explícita de regularización, que facilite la identificación de beneficiarios.

5. La información en salud relevante para diseño de políticas y programas. Del análisis se desprende, si bien en cifras bajas, que tanto las variables “sexo” y “edad” están incompletas; estas dos variables de análisis son relevantes para el diseño de programas específicos, tanto para población nacida en Chile como migrantes. Se propone indagar, en primer término, en profundidad dichas variables, para luego completar los campos faltantes en los diferentes registros utilizados en el Sistema de Información Sectorial.
6. **Cobertura Universal en Salud.** Este principio rector no solo tiene cabida para cuando analizamos población Migrante; la Cobertura Universal es un principio que impulsan los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y que promueve que sus Estados miembros la adapten. En Chile, se reconoce que es una de las reformas estructurales pendientes de la reforma sanitaria de 2005 y que aún está pendiente. Se recomienda continuar con los esfuerzos políticos y técnicos para incorporar en nuestra legislación sanitaria la Cobertura Universal como eje central del acceso y atención igualitaria para todas y todos en el país.
7. **La Salud de los niñas y niños migrantes una prioridad.** Los hallazgos encontrados de la salud de niños y niñas menores de 15 años son contundentes y a la vez preocupantes. Los egresos hospitalarios de migrantes menores de 15 años triplica a los nacidos en Chile. La salud de niños y niñas (y no solo migrantes) debe ser incorporada en una Política Inclusiva y Explícita, que focalice en las causas de este mayor uso de servicios de salud y que incorpore de manera explícita un plan de acción específico para disminuir en el mediano plazo estas negativas cifras para este segmento de la población migrante. Se recomienda poner énfasis en la salud mental de niños y niñas, donde sus patologías asociadas pueden provocar intentos de suicidio evitables cuando existe diagnóstico temprano.
8. **La sobre hospitalización también es desigual.** También es oportuno seguir indagando por las causas que afectan la mayor hospitalización en número de días que tiene la población migrante versus la nacida en Chile. La recomendación técnica apunta a analizar las fichas clínicas asociadas a estos egresos; se recomienda analizar en profundidad a través de estudio específico para una mayor indagación de las causas de estas cifras.
9. **Previsión en Salud un Derecho.** Los hallazgos encontrados fortalecen la idea que, a mayor migración, mayor es el número de usuarios sin previsión atendidos en el sistema público de salud. Bajo estas cifras, la búsqueda de mecanismos de regularización explícitos que provengan desde el sector salud son necesarios para regularizar. Si bien lo que importa es la regularización y no aumentar la cotización, es necesario enfrentar este hecho promoviendo iniciativas tendientes a la regularización y que tenga como consecuencia una posible nueva recaudación por mayores cotizaciones. En este

sentido, el FONASA tiene el mandato explícito por ley de administrar el sistema como el seguro público de salud y por ende es el mandatado para impulsar esta iniciativa.

10. **Problemas de salud recurrentes en población migrante internacional.** Debe ser preocupación, la continuidad de egresos causados por traumatismos y envenenamientos. Bajo la mirada del enfoque de determinantes sociales, una causa posible está determinada por las condiciones de vida que esta población tiene: hacinamiento, no acceso a agua potable, precariedad de la vivienda, etc., son algunas de sus causas, como causas intermedias. Sin dejar de mencionar que los determinantes estructurales, como el nivel de ingreso y el tipo de trabajo realizado, también influyen. En este sentido, se debe reforzar la iniciativa actual de mantener actualizados los Diagnósticos Regionales de Salud Pública con Enfoque de Determinantes Sociales, que cada vez más deben ser utilizados para la planificación sanitaria regional y local.
11. **Los migrantes no son la causa de las enfermedades infecciosas.** En concordancia con la evidencia internacional, se ha demostrado que los aumentos en las tasas de incidencia de VIH, por ejemplo, no son necesariamente producto de la migración o “casos externos”. Si bien, de acuerdo a estos egresos hospitalarios, los casos, tanto de VIH y Tuberculosis han aumentado año tras año, no es suficiente este aumento como argumento para la estigmatización de población migrante. La recomendación, no solo para estos casos, es que se debe profundizar en los estudios epidemiológicos, utilizando muestras más acotadas y específicas que demuestren la causalidad de la relación VIH y Migración por ejemplo. El solo análisis de los egresos hospitalarios no es suficiente para explicar la procedencia u origen de los nuevos casos y por ende puede tener a equívocos que aumenten la estigmatización a este grupo.
12. **Previsión en Salud un Derecho (2).** Para este período de análisis, la tendencia mejora respecto a años anteriores, aunque se presenta un fenómeno nuevo; desde el año 2015, las personas migrantes internacionales que se atienden en sistema público presentan cotización ISAPRE, que puede ser explicado, por un ingreso al mercado del trabajo o a una posible mejoría en la renta familiar o individual; independiente de esto, se eleva la cifra a la baja que experimentan las atenciones Sin Previsión; **Se propone continuar** incentivando la idea central de promover la regularización como mecanismo de inclusión, no solo en el sector salud sino también en otros sectores.
13. **Embarazo adolescente en Riesgo Social.** Uno de los hallazgos relevantes es develar un nuevo estigma. El embarazo adolescente es un tema de salud pública que no distingue entre población migrante y nacidos en Chile. De acuerdo a las cifras, el embarazo adolescente (15-19 años) en riesgo social se presenta en mayor proporción en población nacida en Chile. Respecto al estigma, la población inmigrante que llega al país tiene comportamientos similares a la población chilena y para este caso, las adolescentes en riesgo social mantienen menores tasas de embarazo. **Se recomienda** que el Departamento de Ciclo Vital, pueda fortalecer e incorporar en plenitud la variable migración en el diagnóstico, diseño e implementación de políticas de adolescentes.

14. Para el caso de enfermedades cardiovasculares, se recomienda continuar focalizando en programas orientados a superar el elevado porcentaje de mujeres nacidas en Chile con riesgo cardiovascular alto, en relación al también elevado porcentaje de mujeres migrantes pero que tienen riesgo moderado. En este sentido, es aconsejable seguir observando el comportamiento de este grupo de mujeres en control y realizar el seguimiento a ambos grupos.
15. En una situación distinta en este mismo programa se encuentran los hombres para hipertensión, toda vez que la población de migrantes bajo control es menor que la población nacida en Chile. Bajo esta premisa, existe la opción que, ante baja población inmigrante bajo control, pueda existir subregistro o baja pesquisa. Se recomienda que el Programa Cardiovascular incorpore a mayor población inmigrante en un claro énfasis de aumentar el grupo bajo control y así aumentar pesquisa.
16. Se recomienda continuar y apoyar en forma concreta la realización de investigación que permita comprender el posible efecto/sesgo de “migrante sano” observado en Chile, en especial en migrantes recientes, y qué factores alteran su existencia deteriorando rápidamente la salud de personas migrantes internacionales en nuestro país, pese a ser en general jóvenes y sanos a su llegada. Esto debe complejizarse con fenómenos como enfermedades infecciosas, estilos de vida, creencias sobre salud/enfermedad y su relación con el sistema de salud.
17. Se recomienda avanzar, por medio de estudios de alta calidad, hacia una mayor comprensión y vigilancia de la relación que tienen migrantes internacionales con el sistema de salud chileno, con foco en universalidad en términos tanto de accesibilidad como de aceptabilidad. Diferencias de acceso y uso de servicios pueden responder a una diversidad de expectativas, motivaciones, necesidades, creencias y experiencias desde colectivos migrantes que requieren de mayor investigación para el diseño de políticas de salud que respondan adecuadamente a estos grupos, desde un enfoque de derechos y de pertinencia cultural. Se recomienda además realizar diagnósticos específicos por zona del país, haciendo la separación, solo para efectos del análisis, entre población nacida en Chile y población migrante.

Tabla 1: Resumen Recomendaciones Capítulo 1

Área de Análisis	Recomendación
<p>Acceso y Uso Servicios Resultados de Salud</p>	<p>Acortar brechas de acceso a población migrante. La recomendación es crear los mecanismos necesarios que permitan incentivar la disminución de esta brecha.</p>
	<p>Identificar a aquella población migrante que no cotiza, buscar las razones de la no cotización y luego encontrar los mecanismos para que estos se integren a un sistema previsional de salud.</p>
	<p>Profundizar la difusión de información de cotizantes del sector público y privado de salud, dado que la información oportuna de cada cotizante y sus familias es relevante a la hora de la utilización de servicios y de los derechos asociados a su previsión.</p>
	<p>Incentivar la “regularización” como único camino para la identificación de este importante número de personas migrantes que no cotiza en ningún sistema de previsión en salud. Se recomienda la implementación de una línea de trabajo explícita de regularización, que facilite la identificación de beneficiarios.</p>
	<p>La información en salud relevante para diseño de políticas y programas. Del análisis se desprende, si bien en cifras bajas, que tanto las variables “sexo” y “edad” están incompletas. Se propone indagar, en primer término, en profundidad dichas variables, para luego completar los campos faltantes.</p>
	<p>Continuar con los esfuerzos políticos y técnicos para incorporar en nuestra legislación sanitaria la Cobertura Universal como eje central del acceso y atención igualitaria para todas y todos en el país.</p>

Poner énfasis en la salud mental de niños y niñas, donde sus patologías asociadas pueden provocar intentos de suicidio evitables cuando existe diagnóstico temprano.

La sobre hospitalización desigual. Es oportuno seguir indagando por las causas que afectan la mayor hospitalización en número de días que tiene la población migrante versus la nacida en Chile. Se recomienda analizar en profundidad a través de estudio específico para una mayor indagación de las causas de estas cifras.

Reforzar la iniciativa actual de mantener actualizados los Diagnósticos Regionales de Salud Pública con Enfoque de Determinantes Sociales, que cada vez más deben ser utilizados para la planificación sanitaria regional y local.

Profundizar en estudios epidemiológicos, utilizando muestras más acotadas y específicas que demuestren la causalidad de la relación VIH y Migración u otros problemas de salud, evitando así la estigmatización que se realiza a esta población.

Se **recomienda** que el Departamento de Ciclo Vital, pueda fortalecer e incorporar en plenitud la variable migración en el diagnóstico, diseño e implementación de políticas de adolescentes.

Se recomienda que el Programa Cardiovascular incorpore a mayor población inmigrante en un claro énfasis de aumentar el grupo bajo control y así aumentar pesquisa.

Se recomienda continuar y apoyar en forma concreta la realización de investigación que permita comprender el posible efecto/sesgo de “migrante sano” observado en Chile, en especial en migrantes recientes, y qué factores alteran su existencia deteriorando rápidamente la salud de personas migrantes en nuestro país, pese a ser en general jóvenes y sanos a su llegada.

	<p>Se recomienda avanzar, por medio de estudios de alta calidad, hacia una mayor comprensión y vigilancia de la relación que tienen migrantes internacionales con el sistema de salud chileno, con foco en universalidad en términos tanto de accesibilidad como de aceptabilidad. Se recomienda además realizar diagnósticos específicos por zona del país, haciendo la separación, solo para efectos del análisis, entre población nacida en Chile y población migrante.</p>
--	--

Capítulo 2:

Análisis Integrativo de Cumplimiento de la Normativa Técnica para Nivelar Acceso a Salud a Migrantes Internacionales

En cuanto a acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de la población migrante internacional en los países huéspedes varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local pasado algunos años. Sin embargo, existen grupos vulnerables, mujeres y niños quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado por encontrarse en una situación irregular.

Para la Organización Mundial de la Salud (www.who.int), el estado jurídico de los migrantes es principalmente lo que determina su acceso a los servicios sanitarios de un país. Todos y cada uno de los migrantes deben tener acceso pleno e ininterrumpido a un entorno acogedor y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación por motivos de sexo, edad, religión, nacionalidad o raza.

La OMS apoya las políticas destinadas a facilitar servicios de atención de salud a los migrantes, independientemente de este estado jurídico en el que se encuentran. Un acceso rápido a la atención de salud puede contribuir a la solución de un problema médico específico y evitar la propagación de enfermedades; por lo tanto, interesa tanto a los migrantes como al país receptor velar por que la población residente no se vea innecesariamente expuesta a la importación de agentes infecciosos. Asimismo, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión, pueden evitar que las afecciones vayan a más y que pongan en peligro la vida del enfermo.

Como se expuso en extenso en informe de Avance 1 de la presente consultoría, el nivel acceso a los servicios de salud, se puede deber a una serie de elementos, que pueden ser del paciente, como también de los sistemas de salud en general (su funcionamiento y financiamiento), lo que puede tener un impacto negativo en la calidad de atención al paciente y en los resultados en salud (O'Donnell et al., 2016).

Asimismo, las condiciones económicas y sociales más desfavorables, así como un peor mercado laboral experimentado por los migrantes, pueden exponerlos a factores de riesgo de lesiones y enfermedades infecciosas (Rinaldi et al., 2016). Por lo que es esencial tener un sistema de salud que sea culturalmente sensible, para entregar prestaciones de salud accesibles (no sólo económicamente, sino también culturalmente) y de alta calidad a migrantes. Para lograr esto es esencial que las intervenciones y políticas orientadas a mejorar el acceso consideren las necesidades de los migrantes, considerando su situación de

vulnerabilidad frente a un sistema de salud desconocido. Asimismo, estas iniciativas deben ser específicas a cada servicio de salud, debido a las diferencias que se puedan encontrar.

Discusión integrativa de resultados

Tal como se presentó en el abordaje tres de la sección Análisis Cualitativo del Informe 2, donde se realiza la comparación entre aquellas comunas que han implementado el Plan Piloto y aquellas que no, caso de Maipú y Calama, es posible establecer que, junto a ello, la implementación de una normativa que asegura el acceso a salud de los migrantes carentes de recursos ha sido un acierto que a la vez ha sido exitoso. **El decreto 67 ha contribuido a ampliar el acceso al sistema de salud chileno a los diversos grupos de migrantes** en situación irregular 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.

Desde la percepción de autoridades del Ministerio de Salud, 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.

El efecto inmediato del decreto 67 es generar una vía de entrada expedita a las prestaciones de salud pública, con algunas consecuencias administrativas, indudablemente menores a las que genera la no atención de pacientes migrantes internacionales; en este sentido parece razonable entender que la medida solo focaliza en grupos vulnerables, que, si bien es correcto, solo representa un subgrupo de atención. De acuerdo a diversos testimonios de la fase cualitativa del análisis, 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.

Como se discutió en capítulo 1 de este informe, las cifras cuantitativas respecto al acceso y uso del sistema de salud se han ido incrementando en población inmigrante; el mejor ejemplo lo representa los egresos hospitalarios por embarazos y partos que para el año 2015 representó un aumento de un 40%.

Desde la mirada de actores locales y que participan en la gestión de salud, el **Plan Piloto de Salud de Migrantes ha actuado como un elemento coordinador entre las variadas acciones de las comunas**. Si bien son percibidas como mejoras en la atención de salud a nivel de migrantes, aún se cree que falta avanzar y que el decreto cumple con explicitar y normar la entrega de atención a quienes más lo 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 utilizar 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.

El rol que han cumplido los actores locales ha sido fundamental para difundir y explicar los alcances de dicho decreto, manteniendo por otra parte, un clima laboral propicio a dicha normativa.

Como los mencionaron algunos de los participantes de la fase cualitativa, la implementación del programa Piloto Nacional de Salud de Migrantes considera un **cambio estructural importante dentro de la forma de trabajar** tradicional del Ministerio de Salud. Aparece una temática interesante y novedosa respecto a la definición de roles tradicionales dentro del equipo de salud. Aquí destacamos, el rol sugerido de coordinador de migrantes para la implementación del DS 67, tanto en establecimientos de APS como hospitales y el rol que a estos les cabe. Las dificultades encontradas se enmarcan en el desconocimiento de su existencia, principalmente en la estructura tradicional de salud pública y como todo inicio de algo nuevo, existió expectativa e indefiniciones previas. Otra dificultad en su implementación ha sido que no todos los migrantes pueden dar pruebas de su residencia en el país.

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

Se destaca adicionalmente la opinión de los **facilitadores interculturales**, los que plantean que el avance de la implementación de las normativas debe ir articulado con acciones de otros sectores que hacen posible que sean operativos; desde esa perspectiva, la coordinación intersectorial parece ser fundamental en la implementación de decretos y leyes en general. Mayor discusión sobre mediadores interculturales y facilitadores lingüísticos se describe en la sección a continuación.

Y finalmente, entre la propia población migrante, se destaca que, al menos el 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. Del análisis de entrevistas y focus group, la mayoría de los participantes migrantes consultados dijeron desconocer el decreto 67 o el Plan Piloto de Salud de Migrantes, sin embargo, 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.

Recomendaciones generales

1. **Continuar la difusión a equipos de salud** respecto a las normativas en salud vigentes para población migrante, especialmente Decreto 67 y la forma de bajarlo a nivel operacional, requerimientos para operar en base a ese decreto. Es necesario ir evaluando el grado de conocimiento de funcionarios sobre estos temas a lo largo del tiempo, de manera de identificar áreas concretas de vacío que permitan acciones de difusión focalizadas.
2. **Capacitación formal y acompañamiento a equipos de salud** a nivel primario y secundario, en temas de interculturalidad en salud en general y competencia cultural en salud específicamente.
3. **Sensibilización a equipos de salud**, especialmente a nivel de APS, respecto a problemáticas sanitarias locales en comunidad migrante, enfocadas principalmente reconocimiento de sus derechos humanos, sus sistemas de creencias y tradiciones y sus necesidades específicas de salud si es que existen.
4. Capacitación y herramientas **de detección, resolución y prevención** sobre temáticas específicas en comunidades migrantes, según realidad local. Por ejemplo, riesgos de suicidio en Arica. Este trabajo debe ser con pertinencia territorial local (servicio de salud, municipio) y en constante diálogo con la autoridad sanitaria.
5. Facilitar el **trabajo en red intrasectorial** en materia de salud de población migrante entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria. Para lograr este trabajo se necesitan, en todos los niveles del sistema de salud, profesionales capacitados en la temática migratoria, que trabajen en forma colaborativa y coordinada, que realicen vigilancia y monitoreo a nivel nacional y local, y que sepan programar acciones efectivas de trabajo en red.
6. Promover en forma activa el **trabajo intersectorial** entre, al menos, salud, departamento de extranjería y migración, trabajo, vivienda, educación y desarrollo social. Este trabajo intersectorial se ha iniciado con algunos sectores, pero requiere redoblar esfuerzos en los siguientes puntos urgentes: agilizar trámite de visa, convalidación profesional y oferta laboral en Chile, fiscalización de arriendos de viviendas, acceso oportuno y efectivo a educación y salud, evaluación sistemática de protección social para acceso a beneficios si corresponde.
7. Generar instancias de **participación en salud con población migrante**; en este sentido la recomendación es que se integre activamente a migrantes en las instancias de trabajo formales del sector salud para trabajar en conjunto los obstáculos que persisten en atención de salud de los distintos niveles.
8. Mejorar la **educación sexual y reproductiva de comunidad femenina de migrantes**, explicando los beneficios que presenta el control regular del embarazo desde un inicio, los riesgos que se pueden evitar tanto para la madre como para el hijo y las oportunidades reales y concretas que ofrece el sistema público de salud chileno en forma gratuita para este fin.

Tabla 2: Resumen Recomendaciones Capítulo 2

Área de Análisis	Recomendación
Cumplimiento Normativa	<p>Continuar la difusión a equipos de salud respecto a las normativas en salud vigentes para población migrante, especialmente Decreto 67 y la forma de bajarlo a nivel operacional.</p>
	<p>Capacitación formal y acompañamiento a equipos de salud a nivel primario y secundario, en temas de interculturalidad en salud en general y competencia cultural en salud específicamente.</p>
	<p>Sensibilización a equipos de salud, especialmente a nivel de APS, respecto a problemáticas sanitarias locales en comunidad migrante.</p>
	<p>Capacitación y herramientas de detección, resolución y prevención sobre temáticas específicas en comunidades migrantes, según realidad local.</p>
	<p>Facilitar el trabajo en red intrasectorial en materia de salud de población inmigrante entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria.</p>
	<p>Promover en forma activa el trabajo intersectorial entre, al menos, salud, departamento de extranjería y migración, trabajo, vivienda, educación y desarrollo social.</p>
	<p>Generar instancias de participación en salud con población migrante; en este sentido la recomendación es que se integre activamente a migrantes en las instancias de trabajo formales del sector salud.</p>
	<p>Mejorar la educación sexual y reproductiva de comunidad femenina de migrantes, explicando los beneficios que presenta el control regular del embarazo desde un inicio</p>

Capítulo 3:

Análisis Integrativo desde la Interculturalidad

Como se presentó en extenso en Informe 1 del presente estudio, existen distintas definiciones posibles a la interculturalidad en salud. La más frecuente desde una base con **pueblos originarios** en Chile propone que se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales (Davinson y col 1997). Sin embargo, no es la única definición.

El concepto de interculturalidad ha adquirido enorme realce en muchos países del mundo que han atendido el proceso migratorio internacional. Destacamos también el estudio de Caponio y Donnatelio del 2017 en Italia; desde la realidad local, el estudio muestra cómo tres barrios de Turin desarrollan diferentes enfoques: social, cultural o más político a la interculturalidad, reflejando un tanto el contexto social y estructural en el que se establecieron los tres barrios, así como las definiciones de problemas y marcos de políticas de las organizaciones fundadoras.

El concepto de interculturalidad tiene varios conceptos relevantes asociados. Estos incluyen por ejemplo **cultura, globalización, multiculturalidad, competencia cultural, pertinencia cultural, modelo intercultural en salud, por mencionar los más frecuentes en la literatura internacional.**

Solamente iluminado por esta revisión de literatura, destacamos las siguientes recomendaciones generales basadas en la evidencia:

1. Contar con un marco conceptual fundamentado y basado en la evidencia del enfoque de interculturalidad en salud para migrantes internacionales, que al mismo tiempo tenga pertinencia histórica, socio-cultural, política, geográfica y simbólica para el país en el cual se desarrolla.
2. Vincular el marco conceptual o teórico en esta temática a acciones concretas, que idealmente hayan sido probadas previamente y hayan demostrado su utilidad, tanto en el mismo país como en el extranjero para su transferencia efectiva.
3. Establecer ejes programáticos estratégicos y acciones con enfoque intercultural en salud para migrantes internacionales basadas en la evidencia científica, con evaluación crítica permanente de su poder de transferencia en los contextos locales reales.

4. Existe poca evidencia del diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud para migrantes internacionales a nivel mundial; los estudios disponibles provienen de países desarrollados con moderados a altos porcentajes de población migrante internacional y dan cuenta de la heterogeneidad posible de alcanzar en la implementación práctica de enfoques conceptuales de interculturalidad similares. Esto da espacio a la construcción local, inspirada en la evidencia internacional, de múltiples formas de penetrar el enfoque de interculturalidad en las sociedades, sistemas de salud y desarrollo cotidiano comunitario de los procesos de salud en nuestro país.
5. Es un punto de partida crítico el reconocimiento formal e informal de los distintos grupos sociales, culturales y migratorios existentes en un país. Esto incluye mejoramiento de procesos de regularización de papeles, reconocimiento oficial de estos grupos desde el Estado, con normativas legales y técnicas vinculantes cuando sea necesario.
6. Desde un enfoque de derecho y de equidad en salud, es el Estado y los ciudadanos quienes tienen el poder y la oportunidad de generar espacios de reconocimiento mutuo de los diversos colectivos sociales de un país. Esto es importante para la construcción de salud en un estado de bienestar para todos los miembros de la sociedad.
7. Es importante que los sistemas de salud formalicen de manera explícita su posición respecto de la atención en salud intercultural, diseñando sus propias definiciones y modelos conceptuales, en relación permanente con dichos grupos sociales diversos que conforman el tejido social del país.
8. Es fundamental que los profesionales de salud comprendan en profundidad la verdadera naturaleza y alcance de la interculturalidad en salud, no solo en la atención a usuarios sino también como parte de la existencia de los sistemas de salud y su fuerza laboral.
9. La existencia de mediadores culturales y facilitadores lingüísticos parecen, desde la evidencia internacional, ser un aporte al enfoque intercultural en salud. Estos deben integrarse desde programas formales de trabajo, con metas y procesos de evaluación explícitos, así como monitoreo constante de su impacto en la salud de la población.

Como fue analizado en extenso en fase cualitativa del informe 2 de este estudio, se abordarán a continuación los principales resultados desde la perspectiva del concepto de interculturalidad en salud, el rol de los facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales y sobre estigma y discriminación, finalizando con recomendaciones generales.

Discusión integrativa en cuanto al concepto

El enfoque intercultural en salud ha sido de gran relevancia en los lineamientos del Plan Piloto de Salud para Migrantes. 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.

El proceso de abordar acciones sanitarias de manera intercultural respecto a personas migrantes internacionales es percibido como incipiente, persistiendo dudas incluso sobre la comprensión del concepto. Se debe diferenciar conceptualmente de la multiculturalidad. En este sentido, Chile tiende a “obligar” a la interculturalidad, es decir al cambio cultural entre migrantes y nacidos en el territorio nacional (enfoque *asimilacionista*), dejando un poco de lado la “aceptación” de la multiculturalidad, o sea, la convergencia de todas las culturas en un mismo territorio (enfoque multicultural).

A estos dos conceptos, se suman otros utilizados por 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**”, asociada más bien a la aculturación, o sea perder su propia cultura a favor de la cultura del país de origen. En algunos casos, los funcionarios de salud consideran que esa adaptación no necesariamente es un aporte.

Implementar el enfoque intercultural en la salud y en el país, es percibido como un ideal compartido, que avanza de manera muy lenta. Tener 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; se percibe 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**.

Asociado a esto último, se observa que, en muchos lugares, los propios funcionarios incorporaron el concepto de “choque cultural” para hablar de lo cotidiano que les ocurre. Señalan que las costumbres de vida y sanitarias pueden ser muy diferentes entre las culturas, 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 sanitarias “chilenas”.

Transversalmente a nivel de profesionales directivos (nivel gestión en el análisis de fase cualitativa), es visualizada como una oportunidad para la integración y el desarrollo de la interculturalidad al hecho de **contratar profesionales migrantes**. 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**.

En general, existe 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.

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. En este sentido, 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.

Surge hasta aquí la necesidad de generar procesos interculturales desde y acompañando a las propias comunidades, facilitando instancias de difundir la cultura y siempre desde un enfoque de participación. Desde esta mirada, también surge la necesidad que para APS u Hospital, se debe continuar con capacitaciones para tener las herramientas necesarias en este material.

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. 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.

Es importante tener en consideración, que la opinión de personas migrantes internacionales es generalizada en el sentido que 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. Hay coincidencia en este grupo que existen 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, rompiendo esa lamentable barrera del estigma y la discriminación.

Finalmente, es importante destacar que, existiendo algún grado de rechazo de la población local hacia la “facilitación” de servicios a la comunidad migrante internacional no es un tema que se haya manifestado en el proceso de recolección de datos primarios cualitativos, pero que asoma de forma implícita.

Discusión integrativa de resultados de facilitadores lingüísticos

El rol de los facilitadores lingüísticos, si bien es valorado por gran parte de los que participaron de la fase cualitativa del presente estudio, también asoma como preocupación que en ocasiones es confuso en cuanto a sus responsabilidades y tareas. Desde la mirada estratégica, el Ministerio de Salud ha sido claro en comunicar que el rol de estos facilitadores lingüísticos es fundamental para el logro de una integración real de la comunidad migrante en la atención en salud, sin embargo, se debe explicitar con mayor precisión cuáles son sus funciones y el nexos que debe cumplir entre el centro de salud y la comunidad migrante. Se entiende como una estrategia para avanzar en la atención de la población migrante, pese a las dificultades presupuestarias para poder implementarla de mejor forma.

El desarrollo de esta iniciativa también se ha desarrollado a pulso, en el sentido que algunas instituciones han respondido a las dificultades actuando de una manera menos formal, desde lo institucional, mediante la creación de puestos de trabajo que realizan “facilitación intercultural”, como por ejemplo el caso del Fondo Nacional de Salud – FONASA, que en su call center, quienes lo requieran, pueden optar por hablar en español o creole.

Desde la perspectiva de los actores relevantes en la gestión local en salud, la evaluación que hacen sobre el rol que cumplen los facilitadores interculturales es variada. En esto se constata que este rol va 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, que incluye desde salidas a terreno, rondas médicas, rol de monitores, etc.

Sin embargo, se debe recalcar, que este rol o las funciones generales no son nuevas. Los facilitadores interculturales cumplen una función tradicional, específicamente frente a la población Aymara e indígena en general, y que estos se remontan a inicios de la década del 2000, lo que no se puede atribuir un carácter novedosos y menos que sea atribuido al Plan Piloto de Salud de Migrantes. Particularmente 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. De esta forma, en la zona

norte del país, el rol del facilitador intercultural está enfocada principalmente en pueblos originarios, específicamente Aymaras.

En la zona norte de Chile, hay una valoración de los facilitadores interculturales como actores de la atención de migrantes. Se observa que además del rol principal estos/as dedicanles 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. Esto da cuenta de la apreciación que los funcionarios depositan en los facilitadores interculturales, la responsabilidad de comunicarse, entenderse y darle tiempo a los usuarios pertenecientes a la comunidad migrante.

Caso diferente se observa en la zona central del país, donde el facilitador intercultural tiene otros requerimientos. Por ejemplo, en general la población migrante tiende a tener una consulta y control tardío del embarazo, y entre la población de origen haitiano, esta dificultad es muy marcada. Un efecto positivo de la acción del facilitador intercultural ha sido contribuir a que las mujeres embarazadas asistan a sus controles de embarazo desde su inicio, disminuyendo así la brecha de equidad en acceso a esta prestación.

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. La acción de estos facilitadores en su función de intérpretes es un recurso bastante utilizado y común. Desde la perspectiva de los funcionarios del sistema, la percepción 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.

Y desde la propia mirada de estos facilitadores, su rol se enmarca en apoyar el acceso a la atención de salud de la comunidad migrante, contribuyendo a que la comunidad pueda llegar a los controles de salud de forma oportuna. Así, 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. 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.

Respecto al rol del facilitador intercultural, su experiencia es percibida de manera variada dentro de la comunidad migrante. El único elemento unificador de aquellas experiencias es el de orientar y resolver dificultades. En varios lugares, 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.

En resumen, el 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 éstas directrices.

Discusión integrativa sobre estigma y discriminación

De acuerdo a algunas cifras cuantitativas, en el año 2015 (CASEN), un 28,4% de los hogares al menos un miembro inmigrante habría sido discriminado o tratado injustamente por alguna razón, cifra que casi dobla a la presencia de este indicador en hogares con nacidos en Chile.

Para el caso de población migrante, la discriminación por ser extranjero es la que se reportó con más frecuencia dentro de esta población (24,3%), seguido del color de la piel (4,6%), apariencia física (3,5%), sexo (3,5%) y nivel socioeconómico (3,7%). Dentro de estas últimas, solo la discriminación por nivel socioeconómico fue mayor en nacidos en Chile que en personas migrantes internacionales.

Para todos los periodos analizados, todos los migrantes internacionales presentan menor proporción de población participante de organizaciones o grupos organizados, sin embargo, esta cifra ha aumentado entre el año 2011 y el 2015, pasando de un 14,9% a un 18,5%, respectivamente.

Para el caso de población inmigrante, la proporción de personas que más participa es mayoritariamente hombre, en el tramo etario de 19 a 29 años de edad, de nivel educacional medio y ocupados. Respecto al tipo de redes de apoyo disponibles dentro y fuera del hogar para población inmigrante para el año 2015, en la gran mayoría de los casos la población inmigrante responde que cuenta con alguien que le preste dinero (60%), seguido de alguien que les pueda facilitar un vehículo (59%), y contar con alguien que los puede apoyar en enfermedad (58,5%). El menor porcentaje alcanzado fue para el ítem de conocer a alguien que pueda hablar o escribir otro idioma (41,5%) y ayudar en el uso de tecnologías (47,7%).

Se identifican algunos grupos de migrantes que están más expuestos a ser discriminados, tales como afrodescendientes y trabajadores sexuales. Plantean que esto se debe a que hay algunos sectores de la población que consideran la migración como una amenaza, ya sea en el ámbito laboral o como un tema de seguridad pública.

Asimismo, los mismos trabajadores de salud migrantes se han visto discriminados por pacientes que explícitamente no quieren ser atendidos por un migrante, criticando la inclusión de médicos extranjeros en salud pública.

La discriminación no es exclusiva del sector salud, sino que se ha ampliado a otras áreas, como la educación escolar. Participantes mencionan que sus hijos han sufrido discriminación por parte del profesorado. Este tema se retoma en el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, ya que genera un impacto importante en la salud mental de los escolares que sufren discriminación.

Como principio básico, el trato igualitario es un derecho universal. Este principio es especialmente importante en salud, donde la igualdad en el trato de los pacientes es un reflejo de la calidad de atención que se está entregando.

Recomendaciones generales

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.

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; algunas **recomendaciones**:

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.
4. 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.

5. **La participación social, cívica y política como motor de inclusión.** Ante la escasa participación de migrantes en organizaciones o grupos organizados, se debe incentivar su participación en el ámbito local con énfasis en la participación femenina; se recomienda fortalecer los planes de inclusión, con énfasis en participación, en el ámbito local, bajo la coordinación de las asociaciones de municipios existentes.
6. **No a la discriminación.** En general es uno de los temas centrales, por eso es acertada la decisión de incluirlo como un principio rector de la política que impulsa el Ministerio de Salud. En lo particular, se destaca la visión de usuarios que discriminan a profesionales de la salud migrantes. Teniendo esto como antecedente se torna necesario investigar sobre los profesionales de la salud que llegan a Chile, su inserción en el sistema sanitario y por supuesto la relación con los usuarios, tanto nacidos en Chile como migrantes. Se recomienda que se creen los incentivos para que las universidades y otras organizaciones contribuyan a aumentar la investigación para la búsqueda de evidencia que permita continuar mejorando programas y políticas ministeriales. Respecto a los incentivos, el mecanismo idóneo es FONIS, por lo que dentro de las líneas de investigación priorizadas por MINSAL cabe esta línea de discriminación u otras genéricas como el de Migración y Salud.

Tabla 3: Resumen Recomendaciones Capítulo 3

Área de Análisis	Recomendación
Interculturalidad	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.
	Promover una reflexión en torno a la importancia de una práctica en salud que sea respetuosa de las diversas cosmovisiones.
	Incentivar a que los trabajadores de la salud comprendan que la presencia de facilitadores interculturales no les resta responsabilidad en términos de comprender a los usuarios.
	Fortalecer los planes de inclusión, con énfasis en participación, en el ámbito local, bajo la coordinación de las asociaciones de municipios existentes.
	Crear los incentivos para que las universidades y otras organizaciones contribuyan a aumentar la investigación para la búsqueda de evidencia que permita continuar mejorando programas y políticas ministeriales en pos de la no discriminación, tanto de trabajadores a usuarios como de usuarios a profesionales de la salud.

Capítulo 4:

Análisis Integrativo de Resultados de Pilotos Nacionales

El Ministerio de Salud, desde septiembre de 2014 inició formalmente el proceso para la elaboración de una Política Nacional de Salud de Migrantes Internacionales, cuyo hito inicial fue la constitución del Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes, conformado inicialmente por representantes de ambas Subsecretarías, FONASA y la Superintendencia de Salud. Su objetivo central fue asesorar a la Ministra de Salud respecto al enfoque que debería empujar al sector salud respecto a personas migrantes, refugiados y sus derechos fundamentales.

Teniendo como eje central el elaborar finalmente una Política Nacional, cuyo proceso debía ser participativo y que tuviera un espacio de identificación de necesidades de salud de las personas migrantes, se impulsaron los Pilotos de Salud de Migrantes. El piloto en sí se traduce en un plan de acción que permita a las comunas que integraron el piloto en disminuir las barreras de acceso y atención de los inmigrantes. Las comunas seleccionadas fueron Arica, Iquique, Antofagasta, Recoleta y Santiago.

Se iniciaron estos Planes con diagnósticos participativos en Atención Primaria, incluyendo a población migrante, identificando necesidades de salud para cada territorio. El trabajo se articuló y coordinó desde una mesa de trabajo regional liderada por la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI Salud) y con la participación de la red de salud regional, APS, Hospitales, y Servicios de Salud, además de FONASA y Superintendencia de Salud.

Durante el proceso de implementación de estos Planes Piloto se realizaron tres jornadas nacionales de monitoreo y evaluación intermedia, una cada año, logrando intercambiar experiencias y buenas prácticas relacionadas al objetivo de acortar brechas de acceso comparando población migrante y población nacida en Chile, junto a los esfuerzos realizados para disminuir estigma y discriminación, condiciones de vida y trabajo.

Discusión integrativa de resultados por nivel de abordaje

Para este estudio en particular, el análisis de los pilotos nacionales se abordó bajo tres dimensiones:

- **Abordaje 1:** contempló las percepciones y experiencias de **actores clave** en la implementación del Plan Piloto 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:** contempló 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.

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:** contempló 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 de Salud para Migrantes 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).

La principal conclusión de este abordaje es 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, persistiendo 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 abordados 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.

En **resumen**, los principales logros obtenidos a partir de la implementación del Plan Piloto fueron:

- 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 sobrepasando 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.

Estos logros se complementan en sección siguiente, analizando los principales hallazgos desde la perspectiva comunal.



Respecto a la implementación de orientaciones técnicas y particularmente sobre la implementación del Decreto 67, existen diversas opiniones dependiendo del nivel de acción de su implementación, ya sea equipos directivos del nivel central del Ministerio de Salud, FONASA y comunas (APS), Hospitales y la propia comunidad migrante.

Desde la perspectiva de los **directivos y profesionales del nivel central del Ministerio de Salud**, la implementación del 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 de interpretación principalmente.

El efecto inmediato del Decreto 67 fue generar una vía de entrada expedita a las prestaciones de salud pública, tuvo consecuencias administrativas, indudablemente menores a las que genera la no atención de pacientes migrantes. Esta percepción detectada viene a corroborar la idea de que existe un punto de inflexión a la puesta en práctica del decreto 67, pasando de la teoría y diseño de una iniciativa a la acción concreta de implementar la medida.

Desde la mirada comunal y particularmente de la **Atención Primaria de Salud**, el decreto 67 contribuyó a visualizar las necesidades de salud en la comunidad local y ante la tardanza del proceso de regularización, facilitó el acceso de atención como cualquier ciudadano chileno. De esta forma, se implementaron acciones rápidas y percibidas como un avance en las demandas urgentes de salud de migrantes.

Tanto en APS como Hospitales, la implementación del decreto 67 fue compleja, y particularmente por la **resistencia** que presentaba **entre los propios funcionarios de salud**. Esto implicó, que fueran los propios funcionarios de gestión que participaron de las capacitaciones sobre decreto 67 los que contribuyeron a difundir y explicar los alcances de dicho decreto, colaborando a mantener un clima laboral propicio a dicha normativa.

La implementación del Plan Piloto de Salud de Migrantes consideró un cambio estructural importante dentro de la forma de trabajar tradicional del MINSAL. El rol de una coordinación de migración o de temas transversales es poco conocido en el área de salud pública, la que no estuvo exenta de dificultades, principalmente por la propia indefinición que el rol definía en su origen.

Desde la visión de los funcionarios, hubo dificultades inicialmente respecto al “aterriaje” del decreto: *“Lo odiaban, odiaban el decreto porque, a ver, decía, pero el decreto, 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). La coordinación intersectorial parece ser fundamental en la bajada de los decretos y leyes en general, y desde la opinión general, la idea de transformar las iniciativas en política pública y no es circulares y decretos cobra fuerza.

Para los migrantes, el 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. Si bien la mayoría de los participantes migrantes consultados dicen desconocer el Decreto 67 o el Plan Piloto 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.

Discusión integrativa de resultados por Comuna del Programa Piloto

Arica

La comuna de Arica es una comuna que históricamente se ha definido como “en tránsito”, y que tiene como actividad principal el comercio, seguido de las actividades agropecuarias. Directamente relacionada con la ciudad de Tacna en Perú, se ha detectado este último tiempo una creciente demanda de ciudadanos chilenos por resolución médica en el Hospital de la Solidaridad de dicha ciudad. Dadas sus actividades económicas requiere una creciente mano de obra no calificada, que en la mayoría de las veces va acompañada de una situación migratoria en tránsito, lo que no permite la contratación ni condiciones laborales adecuadas.

Respecto a la migración en general, la ciudad tiene historia respecto a la integración con otros países. Se observan migrantes en calles, comercios y servicios, principalmente peruanos y bolivianos, sumado este último tiempo a migrantes provenientes de Colombia y Haití.

Los migrantes en general enfrentan problemas de acceso a salud, condiciones de vida deficientes, inseguridad y abuso laboral y lentitud en trámites migratorios. Esta lentitud muchas veces se debe a los propios migrantes dado que no inician sus trámites para regularizar su condición. La atención de migrantes en centros de salud genera tensión social, asociada a prejuicios y estigmatización; se suman barreras administrativas principalmente por la falta de inscripción de migrantes. Este solo hecho contribuye a desconocer los principales problemas de salud de dicha población.

A continuación, se presentan los **hallazgos principales** para la comuna:

1. Capacitaciones y difusión de las diversas temáticas abordadas por el Plan Piloto 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.

Recomendaciones específicas:

1. Capacitar facilitadores interculturales de las comunidades **no aymaras** que lleguen a sumarse a los ya existentes y que puedan ejercer un rol de apoyo y puente con salud con comunidades migrantes internacionales en la zona.
2. Se recomienda que los facilitadores interculturales amplíen su rol desde traductor y orientador a **gestor de participación y agente de cambio** en salud, en favor de las necesidades específicas de personas migrantes de su localidad territorial particular y con seguimiento y evaluación de cada una de las acciones implementadas en el tiempo.
3. **Fomentar la participación de personas migrantes en procesos de decisión en salud y de integración social comunitaria**, combatiendo especialmente aquellas barreras que impiden el acercamiento de los migrantes al sistema sanitario, entre otras las **distancias geográficas, el temor y el desconocimiento**.
4. Se recomienda que las autoridades locales de APS den **herramientas y atributos a facilitadores interculturales** para derribar barreras de acceso y aceptabilidad que hoy enfrentan migrantes internacionales, y formar vínculo estable y formal con migrantes, especialmente aquellos que viven en valles al interior de Arica y que son menos conocidos y visibles.
5. Mejorar la **detección en terreno de condiciones sanitarias riesgosas** para salud física y mental de personas migrantes internacionales en cada una de las comunas, por ejemplo, por medio de rondas de visitas domiciliarias a migrantes que se detecta que viven en situación de hacinamiento o en vivienda de material liviano o irrecuperable.
6. Se recomienda que la autoridad sanitaria de la comuna trabaje e forma intersectorial con la autoridad de vivienda y urbanismo del país, de manera de establecer **mecanismos concretos y formales de evaluación, diagnóstico y fiscalización de las condiciones de vida de riesgo** para la salud y su fiscalización y regulación oportuna.

7. Se recomienda que la autoridad sanitaria de la comuna trabaje de forma intersectorial con Seremi de Trabajo de la región, de manera de establecer **mecanismos concretos y formales de fiscalización y control** de condiciones de trabajo informal, especialmente en sector agrícola en esta comuna.
8. Se recomienda la creación de mecanismos específicos para la disminución de listas de espera de consultas de especialidades, las que se generan en APS comunal y que no tienen seguimiento en el nivel secundario y terciario que se generan.

Iquique

En la comuna de Iquique conviven dos realidades, en primer término, producto de la producción minera existe un nivel de vida elevado y la otra realidad vive en condiciones de pobreza y de riesgo social. Adicionalmente, su historia también está acompañada de desastres naturales, conflictos bélicos e inmigraciones; esta última característica ha permitido la conformación de colonias que se han integrado con la población local, manteniendo tradiciones, lo que hace que esta comuna conozca y viva la multiculturalidad.

Esta población migrante vive en general en condiciones precarias. El acceso a la vivienda es de alto costo y por tanto el hacinamiento en población migrante se hace común, como también el compartir una sola vivienda entre varias familias.

Los inmigrantes dicen sufrir discriminación y estigmatización, particularmente la población colombiana, catalogados como delincuentes, narcotraficantes y prostitutas. También, de estudios anteriores, el color de piel es fuente de discriminación.

A continuación, se presentan los **hallazgos principales** para la comuna:

1. Hubo **dificultades inicialmente en la implementación** del programa Piloto 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.

Recomendaciones específicas:

1. Dado el aumento creciente de la demanda por consultas de salud mental de la comuna, se recomienda otorgar mayores recursos y dotación de personal para la comuna. Estos recursos pueden ser reorientados de horas médicas que el hospital de Iquique pueda otorgar a través del mecanismo de interconsulta entre APS y Red Asistencial.
2. **Capacitación formal y acompañamiento a equipos de salud** a nivel primario y secundario de la comuna de Iquique, en temas de interculturalidad en salud y competencia cultural en salud específicamente.
3. El trabajo intercultural en el territorio es vital para una correcta integración de la comunidad migrante. Se recomienda para la comuna impulsar la creación y difusión de planes de integración con pertinencia intercultural que sea un instrumento conocido y reconocido por toda la comunidad de Iquique, sin distinción de nacionalidad.
4. Difusión de programas de salud vigentes, dirigidos a migrantes de manera específica y a todos quienes viven en el territorio nacional, con enfoque de derechos humanos e interculturalidad en salud.

Antofagasta

La ciudad de Antofagasta es una de las comunas del país con mayor desarrollo económico, dado su vínculo directo con la minería. Este desarrollo ha permitido que el sector de la construcción de proyectos inmobiliarios ha tenido un gran auge. Esto permite ser centro de atracción para personas de Chile y el extranjero en pos de mejores oportunidades de vida. El contrapunto a este desarrollo está dado por la brecha que existe con sectores sociales marginados de este desarrollo económico comunal.

Desde sus inicios ha estado marcada por la llegada de población migrante, tanto interna como internacional; se autodefine como una ciudad multicultural. En la actualidad es una de las comunas que cuenta con mayor población extranjera, principalmente peruanos, bolivianos, argentinos, croatas y griegos. En estos últimos años ha predominado la llegada de población colombiana.

En términos generales las personas migrantes internacionales viven en situación de mayor pobreza y particularmente aquellos que se encuentran en situación irregular. Esta brecha de desarrollo se ha traducido en el nacimiento de nuevos sectores vulnerables, como campamentos, caracterizados por viviendas de material ligero, hacinamiento, carencia de servicios básicos, ausencia de urbanización y servicios, entre otros.

A continuación, se presentan los **hallazgos principales** para la comuna:

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.

Recomendaciones específicas:

1. Coordinar **formación y consolidación de redes** entre los distintos sectores del estado, migraciones, salud, educación, vivienda, entre otros. Plantear **metas comunes** en torno a las condiciones de vida y salud de personas migrantes internacionales, en las cuáles cada estamento ocupe un lugar de responsabilidad para el cumplimiento de cada una de ellas.
2. El trabajo intercultural en el territorio es vital para una correcta integración de la comunidad migrante. Se recomienda para la comuna impulsar la creación y difusión de planes de integración con pertinencia intercultural que sea un instrumento conocido y reconocido por toda la comunidad de Antofagasta, sin distingo de nacionalidad.
3. **Capacitaciones** a funcionarios respecto a la forma de entender interculturalidad en salud y competencia cultural en salud y como llevarla a la práctica en forma concreta en la relación con personas migrantes internacionales.
4. Facilitar **condiciones de trabajo adecuadas** a aquellos funcionarios que realizan la función de facilitadores interculturales, haciendo que su trabajo tenga las condiciones mínimas requeridas, como oficina y movilización permanente.

Recoleta

Es una comuna que históricamente ha recibido población migrante de diversas nacionalidades, muchos de ellos en condición de vulnerabilidad. Sus principales actividades están concentradas en el comercio y en la pequeña y mediana empresa. Complementariamente, este último tiempo la comuna se ha caracterizado por una serie de políticas sociales innovadoras, en una clara definición de inclusión e integración de la población migrante internacional a la comuna.

Los migrantes palestinos, peruanos y bolivianos han estado presentes desde hace muchos años y son las comunidades que están mejor incorporadas, tanto en el ámbito cultural como en el quehacer cotidiano de la comuna. Este último tiempo, comunidades de Colombia, Ecuador y Haití se han incorporado a la comuna, no exentos de dificultades frente a prejuicios y discriminación.

Las condiciones de vida de la población migrante en general se definen como precarias. Viven en piezas arrendadas dentro de casas compartidas, en condiciones de hacinamiento, con arrendamiento costoso y en espacios reducidos.

A continuación, se presentan los **hallazgos principales** para la comuna:

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.

Recomendaciones específicas:

1. La barrera principal en la comuna de Recoleta puede ser abordada desde el **trabajo intersectorial**, poniendo metas en común que logren normalizar la atención para aquellas personas que la esperan.
2. Evaluar en primera instancia el rol que han mantenido los facilitadores interculturales en la relación migrante – sistema de salud. Se recomienda realizar estudio cualitativo específico para este componente y su aporte real expresado en evidencia.
3. Una vez realizado este estudio cualitativo, evaluar la opción de aumentar el número de facilitadores interculturales especialmente haitianos y privilegiando la atención de urgencia.
4. Desde el sector municipal o educacional, impartir **cursos de español** para quienes vengan a integrarse al país sin dominar el español, idealmente gratuitos. Los facilitadores interculturales de consultorios, juntas de vecinos y líderes de grupos migrantes pueden ser un buen nexo para que estos cursos sean provechosos y lleguen a la población objetivo.
5. Realizar diagnósticos permanentes con foco en la pesquisa de factores de riesgo o problemas de salud emergentes.
6. Luego de estos diagnósticos, realizar intervenciones dirigidas en la **pesquisa** de factores de riesgo o problemas de salud emergentes detectados, incluyendo campañas de **vacunación** según requerimiento y posibilidad.

Santiago

La comuna de Santiago posee una diversidad poblacional que la hace única en términos culturales, sumado a su constante flujo de turistas extranjeros y su población migrante. Es el centro cívico y cultural de la Región Metropolitana. Con barrios históricos y residenciales con una alta tasa de adultos mayores.

A la presencia tradicional de población peruana y boliviana, este último tiempo la población colombiana y venezolana surge activamente, existiendo una distribución territorial homogénea de los migrantes residentes. Sin embargo, en los últimos años crece en la zona norponiente y centro sur de la comuna. Los barrios Yungay, Balmaceda y el Centro Histórico destacan por su alta concentración de migrantes, cercano a establecimientos educativos y de centros de salud.

A continuación, se presentan los **hallazgos principales** para la comuna:

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.

Recomendaciones específicas:

1. Al igual que en la comuna de Recoleta, la comuna de Santiago debe realizar diagnósticos permanentes con foco en la pesquisa de factores de riesgo o problemas de salud emergentes.
2. Luego de estos diagnósticos, realizar intervenciones dirigidas en la **pesquisa** de factores de riesgo o problemas de salud emergentes detectados, incluyendo campañas de **vacunación** según requerimiento y posibilidad.
3. En primer término, se debe conocer los esquemas de vacunación de los distintos países de origen de la migración presente en Chile. Se propone realizar un trabajo conjunto entre el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI y los municipios para hacer una revisión específica para población migrante de distintos orígenes. Esta coordinación debería entregar como resultado un “nuevo” plan nacional de inmunización que incorpore los esquemas de vacunación de población migrante.

Recomendaciones generales de esta sección

A continuación, se presenta una síntesis de recomendaciones que son complementarias a las expuestas para cada comuna del Plan Piloto y que tienen relación con el desarrollo en el ámbito local. Se ordenan en tres categorías: aquellas que deberían ser impulsadas por el **Estado / Gobierno**, aquellas que deberían ser impulsadas por **autoridades nacionales** sectoriales de salud y aquellas que propician la participación activa de la **comunidad migrante** en el ámbito local.

Estado/Gobierno

1. Potenciar el **rol municipal** como nexo con comunidad migrante. Se recomienda que exista una definición estratégica entre gobierno central (gobernaciones) y asociaciones de municipalidades para delegar de forma explícita la función de regularización a población migrante a municipios, contribuyendo de esta forma al proceso actual que mantiene a las gobernaciones de manera exclusiva en la realización de este proceso.
2. Disponer y gestionar **fondos específicos para estudios epidemiológicos de las comunidades migrantes de cada comuna**, que den cuenta de las necesidades concretas de esta población en materia de salud y con pertinencia territorial para la acción a nivel comunal y de servicio de salud.

Autoridades Nacionales

1. Promover, desde la autoridad sanitaria y junto a las bases comunitarias municipales, el diagnóstico y reconocimiento de las **necesidades de salud específicas de las comunidades migrantes**, buscando soluciones o mitigar de manera dirigida aquellos factores faltantes en trabajo colaborativo entre el sistema de salud y la población migrante internacional.
2. Se recomienda generar mecanismos formales y explícitos que permitan mejorar el acceso a atención secundaria de salud, especialmente a horas de **especialistas**, en conocimiento del desafío nacional actual de eliminar listas de espera.
3. Poner énfasis en factores de riesgo sanitario específicos para cada comunidad y región. En este sentido, se recomienda utilizar de manera obligatoria, los Diagnósticos Regionales con enfoque de Determinantes Sociales, instrumento que debe ser guía para la identificación de factores de riesgo comunales con enfoque de desigualdades y que debería incorporar la variable migración de manera explícita.
4. Tomando en consideración el desarrollo y la experiencia del Programa Piloto de Salud de Inmigrantes en 5 comunas del país, se recomienda la transferencia de esta experiencia a las restantes comunas del país, concordante con la Política de Salud de Migrantes Internacionales lanzada en el mes de octubre de 2017.

5. Diseñar, implementar **sistemas informáticos que garanticen interoperabilidad** dentro del sistema de salud, en especial entre centros de salud y entre APS y hospitales. Esta recomendación se alinea con esfuerzos actuales de Fonasa de generar un sistema efectivo y ágil de interoperabilidad digital para el sistema público de salud.

Comunidad Migrante

1. Formalizar, en primera instancia, como política nacional la participación formal, transparente y sistemática de migrantes en las distintas instancias de decisión de políticas, programas y proyectos, de la red de salud, tanto primaria, secundaria y terciaria.
2. Formalizar a nivel nacional las ferias multiculturales como mecanismo de promoción de la salud, integración y de cohesión social para todas las comunidades locales.
3. **Continuar y fortalecer la difusión de mecanismos** de uso de beneficios y aplicación de normativas, que están hoy vigentes en el sector de salud en Chile, especialmente aplicación del decreto 67. Esto en reconocimiento de que el fenómeno de flujo migratorio es dinámico y cada día ingresan al país nuevos migrantes internacionales que desconocen las normativas y mecanismos de acceso y uso de prestaciones de salud en nuestro país.
4. Promover la difusión en población migrante internacional de **normativas y leyes de extranjería** vigentes en el país, por ejemplo, a través de las juntas de vecinos, grupos religiosos, radios comunales, municipalidades, ONGs, salud, colegios, etc.
5. Difundir en forma amplia y permanente algunos **programas e iniciativas de apoyo ya implementados** y que han sido exitosos. Por ejemplo, call center con traductor de Creole, páginas web con acceso especial en Creole, entre otros.
6. Difundir en forma amplia y permanente las instancias de **capacitación para población migrante que han sido implementadas a nivel local**, por ejemplo, los cursos de español para comunidad haitiana.

Discusión Integrativa desde Enfoque de Derechos Humanos

Al establecer como eje de una Política de Salud para Migrantes Internacionales el enfoque de Derechos Humanos, la intención de los países es propiciar avances sostenibles en el tiempo, analizando y abordando desigualdades, prácticas discriminatorias y las relaciones de poder arbitrarias que se establecen entre los actores y que tienen como punto final, la aparición de barreras que impiden el acceso a migrantes y sus familias.

Para el caso chileno, el Ministerio de Salud destacó 4 aspectos relevantes en esta materia: la primera, guarda relación con la **disponibilidad**, en el sentido de obligar al Estado a otorgar suficientes establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. En segundo término, la **accesibilidad**, que establece la obligación del Estado de entregar los bienes y servicios sin discriminación alguna, asegurando la accesibilidad física y económica. En tercer término, la **aceptabilidad**, que obliga al Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; finalmente incorpora la **calidad** como un aspecto relevante en la provisión de bienes y servicios.

Las principales reflexiones que se desprenden bajo este enfoque dan cuenta, en primer término, de la inexistencia de un consenso conceptual sobre su definición, sin embargo, existe consenso respecto que el fin último es el derecho a acceder a salud.

Desde la perspectiva de los distintos niveles del sistema, existe consenso en establecer 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 comenzar a trabajar en concreto las falencias que cada funcionario de APS puede tener en relación al tema migratorio y como este lo enfrenta en la práctica.

Por otra parte, funcionarios de la Atención Primaria de Salud - APS otorgan importancia al rol de **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.

En el **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, inclinándose por el paciente enfermo, dado que la disponibilidad de camas es generalmente insuficiente.

Desde la perspectiva de la Autoridad Sanitaria Regional – **SEREMI**, se solicita que también sean incorporados en las sensibilizaciones sobre DDHH y difundirla entre funcionarios, ya que permite iniciar diálogos e instalar la mirada en la práctica y cambios sociales respecto a la atención de salud de migrantes.

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 el ámbito sanitario.**

Desde la mirada de **FONASA**, la salud es vista para 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.

En estos niveles, 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. Este análisis previo es coincidente con la opinión ciudadana reflejada en los 11 Diálogos Ciudadanos realizados por el Ministerio de Salud en el mes de julio de 2017.

Respecto a la categoría **vulneración de derechos**, el tema recurrente es la opinión sobre la vulneración de los derechos migrantes, especialmente la vulneración de sus derechos en salud y derechos laborales. Se observan deficiencias en la calidad de la atención al paciente migrante, generándose situaciones de malos tratos y atropellos a la dignidad del paciente y esto también ocurre por el escaso acceso a información sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno, lo que ha llevado en algunos casos al pago por servicios que el Estado entrega gratuitamente, principalmente para el caso de niños y niñas con acceso al Programa Chile Crece Contigo.

A su vez, en la segunda categoría de análisis, **responsabilidad del Estado**, se destaca como opinión unánime la importancia que tiene el Estado para garantizar y proteger los derechos básicos para los migrantes, como es la atención en salud; se argumenta el compromiso del Estado chileno con la comunidad internacional.

Desde estas dos categorías de análisis, queda de manifiesto que se percibe el enfoque de Derechos Humanos como eje principal de los principios que sustentan el trabajo en Salud Pública y que deben guiar el quehacer de los trabajadores del sector salud.

Respecto a los principios Rectores de la Política de Salud de Migrantes Internacionales que el Ministerio de Salud lanza y divulga en octubre de 2017, es importante destacar que en cuanto al principio de **Ética y Bioética**, entendida como el deber moral de acceso a salud de

migrantes, del análisis global se desprende que algunos grupos de la población migrante se encuentran en una posición de **vulnerabilidad social**, como son las personas migrantes con discapacidad, los migrantes refugiados y los migrantes indígenas y afrodescendientes. A esta situación de vulnerabilidad social se suma un estado de **precarización**, tanto de sus viviendas y en su propia alimentación, lo que afecta su estado de salud. Esto se profundiza con la percepción de **invisibilización del migrante**, representada por la invisibilización de sus necesidades más básicas, experimentando el desafío de no sólo mantener a su familia en Chile, sino también enviar dinero a su familia que quedó en su país de origen.

Un segundo principio presente es el de **Igualdad y No Discriminación**, donde se identifica claramente su ausencia. Como principio básico, el trato **igualitario** es un derecho universal a opinión general, especialmente en salud y en pacientes, donde la igualdad en el trato es un reflejo de la calidad de atención que se entrega. Se identifican grupos de migrantes que están más expuesto a ser **discriminados**, tales como afrodescendientes y trabajadores sexuales. Esto obedece a que, para un grupo de ciudadanos nacidos en Chile, la migración es aún percibida como una amenaza, ya sea en el ámbito laboral o como un tema de seguridad pública. Asimismo, los mismos trabajadores de salud migrantes se han visto discriminados por pacientes que explícitamente no quieren ser atendidos por un migrante, criticando la inclusión de médicos extranjeros en el sector público de salud.

La discriminación no es exclusiva del sector salud, sino que se ha ampliado a otras áreas, como la educación escolar. Existen casos en que migrantes adultos mencionan que sus hijos han sufrido discriminación por parte del profesorado. De ahí la importancia de potenciar el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud como eje de análisis e intervención de políticas públicas en el nivel local.

Respecto al eje rector **Calidad**, se encuentran opiniones respecto a que la atención en salud es deficiente en distintos espacios del sistema de salud, tanto en urgencias como en la atención hospitalaria en general. Esta percepción de mala calidad no es solo problema que se concentra en la atención dada por los funcionarios y funcionarias de salud, sino también en funcionarios administrativos que no atienden apropiadamente a los migrantes. Sin embargo, esta atención de salud, no sólo afecta a los migrantes internacionales, sino que también podría afectar a población nacida en Chile que se atiende en el sistema público de salud. Esta percepción nos lleva a concluir que la percepción de calidad no se focaliza en población migrante y que esta debe ser abordada de manera integral para todo el sistema de salud chileno.

Los riesgos asociados a la calidad tienen como consecuencia, además de la deficiente atención en salud y que afecta la calidad de los servicios en salud, es que los pacientes finalmente optan por la automedicación o por tratamientos que no se encuentran respaldados científicamente, aumento riesgos innecesarios para la salud de la población. Ciertamente, la **Universalidad** como eje rector está asociada a aumentos del **bienestar** de las personas. Este mayor bienestar, como percepción general de los que participan del estudio se asocia con

tener la opción de **acceso universal** a los servicios de salud. Sin embargo, esto no ocurre y los migrantes se perciben en una clara desventaja. Este tema es especialmente sensible en mujeres embarazadas, quienes muchas veces no realizan sus controles prenatales por miedo a ser deportadas si están en situación irregular. Ha sido una discusión permanente en el mundo académico y también político que el sistema sanitario chileno no cuenta de manera explícita con acceso universal para todas y todos. Sin embargo, existen programas de acceso universal, y considerados de buena calidad, como Chile Crece Contigo.

La **Participación Ciudadana** a juicio de los que han participado, tanto de los diálogos ciudadanos como de los focus group de este estudio relevan la importancia de tener estos espacios de conversación y co-construcción, que permitan un intercambio real de las experiencias personales y opiniones respecto a la migración y salud. En este sentido, se aprecia la intención de promover una **participación activa**, donde debe existir una promoción constante para lograr una participación real y activa de la ciudadanía. Dado nuestros tiempos, una nueva forma de lograr esta participación es a través de redes sociales, las que permiten acceso inmediato a la información y, por lo tanto, mayor empoderamiento de la población migrante que puede acceder a estas redes.

Recomendaciones generales de esta sección

1. Sensibilizar a la población chilena respecto a la situación de los migrantes en Chile, a través de intervenciones educativas en las comunidades y también aprovechando la difusión que tienen las redes sociales, televisión y radio.
2. Capacitar en temas de derechos humanos y leyes chilenas para migrantes, y también para los funcionarios públicos, ya que ellos también desconocen los derechos y deberes de los migrantes. Se propone entonces la implementación de cursos de educación sobre migración e interculturalidad.
3. Implementar asesoría laboral a migrantes, dado el desconocimiento en esta materia por parte de ellos, donde ocurren múltiples atropellos a sus derechos en éste ámbito.
4. La población haitiana presenta un particular desafío, debido a las diferencias de idioma que se concibe como una fuente de discriminación importante. Se debe incentivar la implementación de cursos de español en municipios para población migrante haitiana.
5. El enfoque de determinantes sociales como eje. Se reafirma la definición teórica y práctica que este enfoque contribuye a diseñar políticas públicas con un sentido de integración de distintos sectores. Se propone iniciar un trabajo explícito, desde salud con otros ministerios sectoriales, que impulsen una mirada de políticas de carácter multisectorial. Es deseable que se incorpore explícitamente en la agenda ministerial de salud una línea de trabajo interministerial que contribuya a definir acciones

precisas y líneas de trabajo conjuntas entre ministerios en pos de disminuir entre otros temas la precarización de la población migrante.

6. No a la discriminación. Se recomienda que se creen los incentivos para que las universidades y otras organizaciones contribuyan a aumentar la investigación para la búsqueda de evidencia que permita continuar mejorando programas y políticas ministeriales. Respecto a los incentivos, el mecanismo idóneo es FONIS, por lo que dentro de las líneas de investigación priorizadas por MINSAL cabe esta línea de discriminación u otras genéricas como la de Migración y Salud.
7. La Calidad de la Atención no distingue origen. En términos generales, la calidad de la atención no discrimina, debe ser proporcionada en igualdad a toda persona que la requiera. En este sentido, las guías de Calidad de Atención o cuidado del paciente deben explicitar que esta no distingue origen del usuario, nacido en Chile o migrante ni menos pueblos originarios. Se recomienda una revisión exhaustiva de toda la información relativa a esta materia, tanto en folletos, instructivos, guías, sitios web o cualquier medio de difusión.
8. La planificación como principio de la acción. La planificación es una de las etapas iniciales del proceso de diseño de programas y políticas. En este sentido, se propone incorporar explícitamente este principio, no solo en el principio rector de calidad, sino que en cada uno de ellos.
9. Cobertura Universal en Salud. Este principio rector no solo tiene cabida para cuando analizamos población Migrante; la Cobertura Universal es un principio que impulsan los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud y que promueve que sus Estados miembros la adapten. En Chile, se reconoce que es una de las reformas estructurales pendientes de la reforma sanitaria de 2005 y que aún está pendiente. Se recomienda continuar con los esfuerzos políticos y técnicos para incorporar en nuestra legislación sanitaria la Cobertura Universal como eje central del acceso y atención igualitaria para todas y todos en el país.
10. Se recomienda explicitar la participación ciudadana como uno de los ejes centrales de la planificación ministerial, haciéndola con carácter obligatorio y que forme parte de los acuerdos intra institucionales del sistema de salud.

Tabla 4: Resumen Recomendaciones Capítulo 4

Área de Análisis	Recomendación
Pilotos Nacionales	Potenciar el rol municipal como nexo con comunidad migrante. Se recomienda que exista una definición estratégica entre gobierno central (gobernaciones) y asociaciones de municipalidades para delegar de forma explícita la función de regularización a población migrante a municipios.
	Disponer y gestionar fondos específicos para estudios epidemiológicos de las comunidades migrantes de cada comuna.
	Promover, desde la autoridad sanitaria y junto a las bases comunitarias municipales, el diagnóstico y reconocimiento de las necesidades de salud específicas de las comunidades migrantes .
	Generar mecanismos formales y explícitos que permitan mejorar el acceso a atención secundaria de salud, especialmente a horas de especialistas , en conocimiento del desafío nacional actual de eliminar listas de espera.
	Poner énfasis en factores de riesgo sanitario específicos para cada comunidad y región.
	Transferir experiencia del Plan Piloto a las restantes comunas del país, concordante con la Política de Salud de Migrantes Internacionales y a las buenas prácticas diseñadas e implementadas.
	Diseñar e implementar sistemas informáticos que garanticen interoperabilidad dentro del sistema de salud, en especial entre centros de salud y entre APS y hospitales, identificando explícitamente a población migrante.
	Formalizar, en primera instancia, como política nacional la participación formal, transparente y sistemática de

migrantes en las distintas instancias de decisión de políticas, programas y proyectos, de la red de salud.

Formalizar a nivel nacional las ferias multiculturales como mecanismo de promoción de la salud, integración y de cohesión social para todas las comunidades locales.

Continuar y fortalecer la difusión de mecanismos de uso de beneficios y aplicación de normativas, que están hoy vigentes en el sector de salud en Chile, especialmente aplicación del decreto 67.

Promover la difusión en población migrante internacional de **normativas y leyes de extranjería** vigentes en el país, por ejemplo, a través de las juntas de vecinos, grupos religiosos, radios comunales, municipalidades, ONGs, salud, colegios, etc.

Difundir en forma amplia y permanente algunos **programas e iniciativas de apoyo ya implementados** y que han sido exitosos. Por ejemplo, call center con traductor de Creole.

Difundir en forma amplia y permanente las instancias de **capacitación para población migrante que han sido implementadas a nivel local**, por ejemplo, los cursos de español para comunidad haitiana.

Sensibilizar a la población chilena respecto a la situación de los migrantes en Chile, a través de intervenciones educativas en las comunidades y también aprovechando la difusión que tienen las redes sociales, televisión y radio.

Capacitar en temas de derechos humanos y leyes chilenas para migrantes, y también para los funcionarios públicos, ya que ellos también desconocen los derechos y deberes de los migrantes. Se propone la implementación de cursos de educación sobre migración e interculturalidad.

Implementar asesoría laboral a migrantes, dado el desconocimiento en esta materia por parte de ellos, donde ocurren múltiples atropellos a sus derechos en éste ámbito.

La población haitiana presenta un particular desafío, debido a las diferencias de idioma que se concibe como una fuente de discriminación importante. Se debe incentivar la implementación de cursos de español en municipios para población migrante haitiana.

El enfoque de determinantes sociales como eje. Se reafirma la definición teórica y práctica que este enfoque contribuye a diseñar políticas públicas con un sentido de integración de distintos sectores. Se propone iniciar un trabajo explícito, desde salud con otros ministerios sectoriales, que impulsen una mirada de políticas de carácter multisectorial. Es deseable que se incorpore explícitamente en la agenda ministerial de salud una línea de trabajo interministerial que contribuya a definir acciones precisas y líneas de trabajo conjuntas entre ministerios en pos de disminuir entre otros temas la precarización de la población migrante.

No a la discriminación. Se recomienda que se creen los incentivos para que las universidades y otras organizaciones contribuyan a aumentar la investigación para la búsqueda de evidencia que permita continuar mejorando programas y políticas ministeriales.

Se recomienda continuar con los esfuerzos políticos y técnicos para incorporar en nuestra legislación sanitaria la Cobertura Universal como eje central del acceso y atención igualitaria para todas y todos en el país.

Explicitar la participación ciudadana como uno de los ejes centrales de la planificación ministerial, haciéndola con carácter obligatorio y que forme parte de los acuerdos intra institucionales del sistema de salud.

Capítulo 5:

Buenas Prácticas que contribuyen al diseño de la Política de Salud de Personas Migrantes Internacionales en Chile.

En el presente capítulo se presenta la sistematización de las recomendaciones de políticas y buenas prácticas encontradas en la revisión de literatura, en la fase cualitativa y fase cuantitativa del proyecto, respecto a dos temas: acceso y uso del sistema de salud, e interculturalidad. Cada tema es revisado a partir de las dos dimensiones mencionadas: i) Recomendaciones de política, es decir, sobre el “que se debería pensar” en los países en términos de diseño de políticas y programas. ii) Recomendaciones de buenas prácticas, es decir, “que se debería hacer”.

Al final del capítulo se presentan las recomendaciones de expertos, principalmente diseñadores de política en salud, que fueron entrevistados y dieron su opinión general sobre el proceso migratorio que vive el país. Los expertos profundizaron sobre su visión del “qué se debería hacer” en distintas áreas del sistema sanitario.

Acceso y Uso del Sistema de Salud

A lo largo de todo el estudio se ha observado que el tema de acceso y uso del sistema de salud es fundamental de considerar al diseñar una política de salud para la población migrante internacional. En este sentido, se debe reconocer el derecho humano de acceso a atención en salud como un valor social ineludible del país, siendo importante garantizar el acceso universal más allá del país de origen de la persona. En la siguiente sección se presentará las recomendaciones para las dimensiones de políticas y buenas prácticas respecto al acceso y uso del sistema de salud, a partir de las fuentes mencionadas.

Recomendaciones de Política

Las recomendaciones de políticas se dividieron en tres niveles. En primer lugar, las recomendaciones dirigidas al sistema de salud en general, luego los trabajadores públicos en salud (TPS) y la presencia de facilitadores interculturales, por último, las recomendaciones para trabajar directamente con la población migrante.

1. Sistema de salud:

- *Cobertura Universal en Salud.* Se recomienda continuar con los esfuerzos políticos y técnicos para incorporar en nuestra legislación sanitaria la Cobertura Universal como eje central del acceso y atención igualitaria para todos.
- *Garantizar el acceso:* en relación con el punto anterior, es central la implementación de estrategias que amplíen la cobertura de salud hacia la población migrante y garanticen su acceso a la atención, independiente del estado migratorio en el que se encuentre y de su situación económica. Para avanzar en este tema, es necesario facilitar la regularización de inmigrantes indocumentados, que se presenta a continuación como una recomendación.
- *Facilitar la regularización de migrantes internacionales indocumentados.* La población migrante tiende a experimentar una gran privación socioeconómica y vulnerabilidad relacionada con la salud, y permanecen ocultos a la mayoría de las figuras gubernamentales. Asimismo, en Chile hay un alto número de inmigrantes “no regularizados” y que se atiende en el sistema público de salud, es relevante incentivar la “regularización” como único camino para la identificación de este importante número de personas. Se recomienda la implementación de una línea de trabajo explícita de regularización, que facilite la identificación de beneficiarios y permita avanzar hacia la inclusión social.
- *Iniciativas específicas y contextualizadas.* Se recomienda que cualquier iniciativa que se realice respecto a acceso y uso de servicios de salud por parte de población inmigrante, debe ser específicas a cada servicio de salud, debido a las diferencias que se puedan encontrar en términos de acceso y uso.
- *Infraestructura adecuada.* Es recomendable contar con la infraestructura adecuada para la atención en salud a la población migrante, tanto en atención primaria como en secundaria.
- *Nivel primario de atención.* Se recomienda contar con prestación de servicios de baja complejidad, de carácter preventivo, de detección, educativo o de asistencia básica y atención en crisis, en diversos lugares y centros de salud, que permitan acercar la salud a la población migrantes (ejemplo, en centros de atención de deportados, consulados, puntos fronterizos y puntos de ingreso a los países, etc.).
- *Nivel secundario de atención.* Se recomienda generar mecanismos formales y explícitos que permitan mejorar el acceso a atención secundaria de salud, especialmente a horas de especialistas, en conocimiento del desafío nacional actual de eliminar listas de espera.

2. Trabajadores públicos de salud (TPS):

- *Intervenciones para y con TPS.* Considerando que los TPS tienen el rol de hacer más accesible el sistema de salud a la población migrante, se recomienda realizar intervenciones con los TPS, generando espacios donde puedan desarrollar competencias interculturales, que les permitan generar una mayor sensibilización hacia temas de migración y diversidad cultural.
- *Facilitadores interculturales.* Es esencial la presencia constante de **facilitadores interculturales** que cumplan la doble función de intérpretes lingüísticos y como nexo entre el sistema de salud y los migrantes. Esto es central considerando las principales barreras de acceso a las que se enfrenta el migrante: barreras lingüísticas y falta de intérpretes de calidad, discriminación, diferencias culturales, escasez de redes de apoyo social establecidas, limitada literacidad en salud, entendida como la habilidad de comprender indicación de medicamentos y cuidados de salud; y desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud. Por lo que es esencial tener un sistema de salud que sea culturalmente sensible, para entregar prestaciones de salud accesibles (no sólo económicamente, sino también culturalmente) y de alta calidad a los inmigrantes. Se propone continuar con las experiencias que han impulsado tanto municipios como el propio Ministerio de Salud, en incorporar facilitadores interculturales en servicios del sistema de salud. Se hace necesario hacer extensiva esta iniciativa a más establecimientos del país, lo que implica emanar una orientación técnica específica sobre esta materia.

3. Migrantes internacionales:

- *Diferencias en acceso y uso.* Se observan diferencias de acceso y uso de servicios entre la población migrante y los nacionales. Estas diferencias pueden responder a una diversidad de expectativas, motivaciones, necesidades, creencias y experiencias desde colectivos migrantes que requieren de mayor investigación para el diseño de políticas de salud que respondan adecuadamente a estos grupos, desde un enfoque de derechos y de pertinencia cultural.
- *Dificultades de acceso a la atención.* Se hace necesario seguir impulsando iniciativas en donde se les entregue información respecto al sistema de salud del país, su funcionamiento y características. También iniciativas de difusión de deberes y derechos, programas de salud, circulares y normas específicas en el sector salud (especialmente el Decreto 67), tanto en establecimientos de APS como de nivel primario y secundario de salud. Estas iniciativas deben ser continuas, ya que el fenómeno de flujo migratorio es dinámico y cada día ingresan al país nuevos migrantes internacionales que desconocen las normativas y mecanismos de acceso y uso de prestaciones de salud en nuestro país.

- *Dificultades de acceso económico.* Existe un grupo de población migrante que tiene dificultades para pagar por sus atenciones. Se recomienda además estudiar desde la autoridad sanitaria la posibilidad de brindar prestaciones de salud gratuitas en aquellas áreas que sean de mayor necesidad de salud para esta población y que hoy no sean de cobertura universal. En este sentido, se recomienda profundizar con la difusión de todas las garantías incluidas en el programa GES para la población migrante, la que si bien ha aumentado la cobertura en estos años, sigue estando por debajo de población nacida en Chile.
- *Identificación de necesidades.* Se recomienda promover, desde la autoridad sanitaria y junto a las bases comunitarias municipales, el diagnóstico y reconocimiento de las necesidades de salud específicas de las comunidades migrantes, buscando soluciones o mitigar de manera dirigida aquellos factores faltantes en trabajo colaborativo entre el sistema de salud y la población migrante internacional.
- *Literacidad en salud.* Es importante la educación en salud que les permita para mejorar la literacidad en salud, lo que es esencialmente en migrantes, debido a las diferencias culturales y de lenguaje, que pueden afectar el acceso y uso del sistema de salud.

Recomendaciones de Buenas Prácticas

1. Acortar la brecha de uso de servicios de salud entre migrantes internacionales y población local:

Se recomienda crear los mecanismos necesarios que permitan incentivar la disminución de esta brecha. A continuación, se presentan algunas recomendaciones de mecanismos:

- Propender a diseñar e implementar políticas públicas de carácter universal, que no haga distinción entre nacionalidad o condición migratoria.
- Encontrar a población migrante sin previsión e incorporarlos al sistema de salud. El mecanismo existente en la actualidad es el Decreto 67, el cual busca precisamente formalizar el acceso de población vulnerable. Quien debería implementar estos mecanismos es el Fondo Nacional de Salud, para lo cual es importante precisar como uno de sus objetivos estratégicos institucionales el disminuir esta brecha de acceso.
- La diversidad en la fuerza laboral de salud puede fortalecer la provisión de servicios de salud para migrantes. Estudios sugieren que los pacientes de grupos minoritarios que tienen una opción tienen más probabilidades de seleccionar profesionales de la salud de su propio origen étnico y generalmente están más satisfechos con el cuidado que brindan. Se recomienda en primera instancia realizar estudio cualitativo en Chile que apoye esta evidencia internacional.
- Servicios de salud en muchos países están cultivando vínculos con las comunidades de migrantes a través de programas de extensión y asegurando que los grupos de

migrantes estén representados en plataformas de pacientes y cuerpos consultivos. Se recomienda que grupos de migrantes participen activamente en grupos formales de salud, como por ejemplo los Consejos Consultivos organizados por la Autoridad Sanitaria Regional o los Comités de Desarrollo Local de los CESFAM.

- Estudios sugieren que hay mucho margen para la transferencia exitosa de la política y las mejores prácticas en la promoción de la salud de los migrantes. Se necesitan actividades de promoción de la salud, alfabetización y educación para llegar efectivamente a los migrantes. En concordancia con lo planteado en recomendaciones anteriores, se propone continuar con los esfuerzos de concretar planes de inclusión en salud que incluyan: i) deberes y derechos de usuarios del sector salud, ii) oferta de planes y programas que tiene la población migrante por ley en Chile y las que los propios municipios puedan tener.

2. Establecer el acceso regular al sistema de salud no es sólo beneficioso para el migrante y su salud, sino también para el Estado, la inversión económica en salud y la salud pública:

- Los costos económicos de excluir a los refugiados y a quienes buscan asilo de los cuidados de salud, son mayores que entregar acceso regular al sistema de salud. Estos resultados son importantes a la hora de desarrollar políticas de salud migrante, ya que da cuenta del menor impacto económico que tiene el establecer el acceso regular al sistema de salud, es decir, el mismo acceso que tienen las personas nacidas en los países receptores. Dada esta evidencia, se recomienda continuar con las iniciativas tendientes a entregar y ampliar cobertura a población migrante bajo el enfoque de derechos humanos que el Ministerio de Salud ha impulsado desde el año 2014.
- Ampliación del acceso al tratamiento entre los grupos de riesgo contribuirá a reducir las infecciones crónicas evitables por la hepatitis viral. En este sentido se recomienda incorporar de manera extensa a toda la población migrante al Programa Nacional de Inmunizaciones – PAI.

3. La Calidad de la Atención no distingue origen:

- En términos generales, la calidad de la atención no discrimina, debe ser proporcionada en igualdad a toda persona que la requiera. En este sentido, las guías de Calidad de Atención o cuidado del paciente deben explicitar que esta no distingue origen del usuario, nacido en Chile o migrante ni menos pueblos originarios. Se recomienda una revisión exhaustiva de toda la información relativa a esta materia, tanto en folletos, instructivos, guías, sitios web o cualquier medio de difusión.

4. Fomento de la coordinación intra e intersectorial:

- Facilitar el trabajo en red intrasectorial en materia de salud en población migrante internacional entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria. Para lograr este trabajo se necesitan, en todos los niveles del sistema de salud, profesionales capacitados en la temática migratoria, que trabajen en forma colaborativa y coordinada, que realicen vigilancia y monitoreo a nivel nacional y local, y que sepan programar acciones efectivas de trabajo en red. En este sentido se debe continuar y ampliar la implementación del modelo de trabajo de mesas regionales de salud y migración.
- Promover en forma activa el trabajo intersectorial entre, al menos, Salud, Departamento de Extranjería y Migración, Trabajo, Vivienda, Educación y Desarrollo Social. Este trabajo intersectorial se ha iniciado con algunos sectores, pero requiere redoblar esfuerzos en los siguientes puntos urgentes: agilizar trámite de visa, convalidación profesional y oferta laboral en Chile, fiscalización de arriendos de viviendas, acceso oportuno y efectivo a educación y salud, evaluación sistemática de protección social para acceso a beneficios si corresponde.

5. La salud de las niñas y niños migrantes una prioridad:

- Los egresos hospitalarios de migrantes menores de 15 años triplica a los nacidos en Chile. La salud de niños y niñas (y no solo migrantes) debe ser incorporada en una Política Inclusiva y Explícita, que focalice en las causas de este mayor uso de servicios de salud y que incorpore de manera explícita un plan de acción específico para disminuir en el mediano plazo estas negativas cifras para este segmento de la población migrante. Se recomienda poner énfasis en la salud mental de niños y niñas, donde sus patologías asociadas pueden provocar intentos de suicidio evitables cuando existe diagnóstico temprano.

6. Mejorar el acceso a los servicios de salud mental adulto:

- Ha aumentado la prevalencia de enfermedades mentales en población adulta migrante internacional (20 y 39 años), en comparación con población nacida en Chile. asimismo, se observa un especial déficit de uso por parte de la población migrante. Se recomienda una revisión completa del Programa de Salud Mental, incorporando con mayor énfasis la variable inmigración dentro de sus líneas programáticas.

7. La sobre hospitalización es desigual:

- Es oportuno seguir indagando por las causas que afectan la mayor hospitalización en número de días que tiene la población migrante versus la nacida en Chile. La

recomendación técnica apunta a analizar las fichas clínicas asociadas a estos egresos; se recomienda analizar en profundidad a través de estudio específico para una mayor indagación de las causas de estas cifras.

Interculturalidad:

Ampliamente reconocida es la importancia de incorporar el eje de interculturalidad en el diseño de políticas en salud para migrantes internacionales. Como se observó en la sección anterior y los capítulos previos, la interculturalidad es un tema transversal al estudio y trabajo en salud para migrantes. Por lo tanto, a continuación, se presentan las recomendaciones de política y buenas prácticas para la interculturalidad en el diseño de políticas de salud para población mencionada.

Recomendaciones de Política

1. Marco conceptual o teórico en interculturalidad basada en evidencia:

- Contar con un marco conceptual fundamentado y basado en la evidencia del enfoque de interculturalidad en salud para migrantes internacionales, que al mismo tiempo tenga pertinencia histórica, socio-cultural, política, geográfica y simbólica para nuestro país.
- Vincular el marco conceptual en esta temática a acciones concretas, que idealmente hayan sido probadas previamente y hayan demostrado su utilidad, tanto en el mismo país como en el extranjero para su transferencia efectiva.
- Establecer ejes programáticos estratégicos y acciones con enfoque intercultural en salud para migrantes internacionales basadas en la evidencia científica, con evaluación crítica permanente de su poder de transferencia en los contextos locales reales.

2. Aprovechar oportunidades y espacios para implementar iniciativas de interculturalidad en salud para migrantes internacionales:

- Existe poca evidencia del diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud para migrantes internacionales a nivel mundial. Los estudios disponibles provienen de países desarrollados con moderados a altos porcentajes de población migrante internacional y dan cuenta de la heterogeneidad posible de alcanzar en la implementación práctica de enfoques conceptuales de interculturalidad similares. Esto da espacio a la construcción local, inspirada en la evidencia internacional, de múltiples

formas de penetrar el enfoque de interculturalidad en las sociedades, sistemas de salud y desarrollo cotidiano comunitario de los procesos de salud en nuestro país.

3. Transversalidad de la interculturalidad:

- Es un punto de partida crítico el reconocimiento formal e informal de los distintos grupos sociales, culturales y migratorios existentes en un país. Esto incluye mejoramiento de procesos de regularización de papeles, reconocimiento oficial de estos grupos desde el Estado, con normativas legales y técnicas vinculantes cuando sea necesario.
- Desde un enfoque de derecho y de equidad en salud, es el Estado y los ciudadanos quienes tienen el poder y la oportunidad de generar espacios de reconocimiento mutuo de los diversos colectivos sociales de un país. Esto es importante para la construcción de salud en un estado de bienestar para todos los miembros de la sociedad.
- Es importante que los sistemas de salud formalicen de manera explícita su posición respecto de la atención en salud intercultural, diseñando sus propias definiciones y modelos conceptuales, en relación permanente con dichos grupos sociales diversos que conforman el tejido social del país.

4. Formación de pregrado, capacitación formal y acompañamiento a equipos de salud a nivel primario y secundario, en temas de interculturalidad en salud en general y competencia cultural en salud específicamente:

Es fundamental que los trabajadores de la salud comprendan en profundidad la verdadera naturaleza y alcance de la interculturalidad en salud, no solo en la atención a usuarios sino también como parte de la existencia de los sistemas de salud y su fuerza laboral. Hoy en día, la capacitación en 'competencia cultural' tiene como objetivo desarrollar habilidades en comunicación intercultural, actitudes de respeto y apertura, y relevante conocimiento. Por lo que se recomienda:

- Continuar la difusión a equipos de salud respecto a las normativas en salud vigentes para población migrante, especialmente Decreto 67 y la forma de bajarlo a nivel operacional, requerimientos para operar en base a ese decreto. Es necesario ir evaluando el grado de conocimiento de funcionarios sobre estos temas a lo largo del tiempo, de manera de identificar áreas concretas de vacío que permitan acciones de difusión focalizadas.
- Sensibilizar a equipos de salud, especialmente a nivel de APS, respecto a problemáticas sanitarias locales en comunidad migrante, enfocadas principalmente reconocimiento de sus derechos humanos, sus sistemas de creencias y tradiciones y sus necesidades específicas de salud si es que existen. Es esencial la capacitación y herramientas de detección, resolución y prevención sobre temáticas específicas en comunidades migrantes, según realidad local (por ejemplo, riesgos de suicidio en Arica). Este trabajo

debe ser con pertinencia territorial local (servicio de salud, municipio) y en constante diálogo con la autoridad sanitaria.

- Incluir en forma explícita en mallas curriculares de pregrado de carreras universitarias de salud contenidos en torno a interculturalidad en salud y competencia cultura en salud, así como también en otras temáticas prioritarias y pobremente desarrolladas como son derechos humanos en salud y determinación social en salud. Se recomienda indagar sobre los planes educativos que las distintas carreras de la salud imparten en el país y ante dichos resultados proponer cambios curriculares que permitan incorporar las distintas temáticas relacionadas con la migración: derechos humanos, interculturalidad, multiculturalidad, etc. Universidades en Canadá, los Países Bajos, Suecia, Reino Unido y los EE. UU. han integrado la competencia cultural en los programas de capacitación médica de pregrado.

Recomendaciones de Buena Práctica

1. Métodos de interpretación lingüística para superar barreras idiomáticas y culturales:

- *Buenos servicios de interpretación en los servicios de salud.* El idioma representa una barrera importante para acceder a los servicios de salud. Por eso es central contar con servicios de interpretación adecuados y de calidad, destacando las iniciativas implementadas en el Piloto. Se recomienda contar con un protocolo estandarizado de competencias necesarias que un traductor lingüístico requiere para su desempeño en el sector salud. Asimismo, se observan diversos métodos utilizados para realizar la interpretación lingüística, incluyendo interpretación cara a cara, interpretación telefónica, videoconferencia, etc. Por lo tanto, se recomienda realizar un programa piloto, que incorpore evaluación ex post, de los métodos de interpretación más adecuados para cada servicio de salud.
- *Capacitación a migrantes.* Difundir en forma amplia y permanente las instancias de capacitación para población migrante que han sido implementadas a nivel local. La población haitiana presenta un particular desafío, debido a las diferencias de idioma que se concibe como una fuente de discriminación importante. Este grupo migratorio requiere especial ayuda para superar las barreras idiomáticas.

2. Acercarse a la población de difícil acceso (*hard to reach*)

Hay un grupo importante de la población migrante que no está accediendo al sistema de salud. Asimismo, migrantes que no están cotizando o que no tienen seguro de salud. Es importante identificar esta población y acercarse a ellos a través de diversas iniciativas.

- Las unidades de salud básicas son una forma importante de brindar servicios a grupos especialmente vulnerables de migrantes y tienen una larga historia en algunos países. Estas iniciativas no son comunes en Chile, toda vez que el sistema de atención primaria de salud en el país se enmarca dentro de un modelo de Salud Familiar. Existen experiencias de modelos con enfoque Comunitario, como es el caso de Recoleta, donde existen dispositivos o unidades básicas de atención en el territorio. Se recomienda evaluar técnicamente la eficacia de estos dispositivos comunitarios que complementan la red de Atención Primaria Municipal.
- Existen ejemplos experiencias de ONGs apoyando a grupos migrantes vulnerables que no han podido acceder al sistema de salud formal de su país. En este sentido, en casos puntuales, se podría explorar esta alternativa de atención de otras organizaciones para aquella población migrante que no tiene acceso al sistema de salud chileno. No obstante, la entrega de servicios de salud por fuera de los sistemas formales a población migrante internacional tiene el riesgo de no ser sustentable en el tiempo, ni vinculante a cuidados de salud formal cuando sea requerido (ej. hospitalizaciones). Al mismo tiempo, sirven de excusa para que los gobiernos no tomen con urgencia este tema a nivel político e institucional. Dada esta evidencia de otros países, se propone **realizar diagnóstico** base que permita identificar población migrante que no accede al sistema sanitario para posteriormente evaluar técnicamente la opción de incorporar otros actores a la provisión de servicios de salud para población vulnerable.

3. Generar instancias de participación en salud con población migrante:

La evidencia internacional es contundente respecto a la relación existente entre la participación cívica y política y el estado de salud de la población. Si bien se han realizado esfuerzos para incorporar la participación, solo algunos servicios de salud lo han hecho suyo como eje de sus planificaciones estratégicas y de la construcción de presupuestos participativos. Se recomienda:

- Formalizar como política nacional la participación, transparente y sistemática de población migrante internacional en las distintas instancias de decisión de políticas, programas y proyectos, de la red de salud, tanto primaria, secundaria y terciaria. Si bien al día de hoy todos los Servicios de Salud cuentan con Consejos de la Sociedad Civil, realizan cuenta pública participativa e incentivan la creación y trabajo con los Consejos de Desarrollo o Comités de Salud de los establecimientos de la red pública de salud,

esta participación debe incorporar de manera explícita a la población migrante internacional.

- Integrar activamente a migrantes en las instancias de trabajo formales del sector salud para trabajar en conjunto los obstáculos que persisten en atención de salud de los distintos niveles.

4. Investigación en interculturalidad:

- Motivar la continua investigación de migración y salud, con enfoque intercultural, para el mejoramiento continuo de las iniciativas. En este sentido, es central que haya vigilancia del vacío de conocimientos.
- Se sugiere dar énfasis al **registro de información** por parte de los organismos públicos, generando bases de datos accesibles, válidas y de fácil comprensión
- Promover y apoyar en forma concreta al desarrollo de **líneas colaborativas de investigación** entre instituciones que realizan investigación en materia de salud de personas migrantes internacionales, para que puedan continuar desarrollando evidencia en el tema y produzcan nuevos expertos investigadores para el país.

5. Otras iniciativas de buenas prácticas que permiten generar puentes interculturales:

- Flexibilidad organizacional con tiempo y recursos suficientes.
- Trabajo con familias y servicios sociales.
- Relaciones positivas y estables entre los TPS y los migrantes.
- *Sensibilizar a la población.* Un elemento importante es sensibilizar a la población chilena respecto a la situación de los migrantes en Chile, a través de intervenciones educativas en las comunidades y también aprovechando la difusión que tienen las redes sociales, televisión y radio.
- *Capacitación en derechos humanos.* Actualmente los migrantes presentan un desconocimiento importante respecto a las leyes chilenas, especialmente en los ámbitos laborales, salud y educación. En este sentido, no saben cómo funciona el sistema de salud chileno. Se plantea, por lo tanto, una capacitación en temas de derechos humanos y leyes chilenas para los migrantes, y también para los funcionarios públicos, ya que ellos también desconocen los derechos y deberes de los migrantes. Se propone entonces la implementación de cursos de educación sobre migración e interculturalidad.

Recomendaciones de Expertos

Las recomendaciones que emergen desde las entrevistas recogidas muestran una gran variedad de propuestas colectivas e individuales, desde diversas perspectivas, que buscan abordar problemáticas y necesidades en salud de la población migrantes.

1. Una de las **recomendaciones** presentes en todos los relatos de todos los abordajes, es **modificar los procedimientos requeridos para obtener la residencia en el país**, para aquellos que llegan. Este punto muestra desde los relatos obtenidos, variadas maneras. Generalmente la recomendación es a agilizar los trámites, o bien, modificar los reglamentos. Otros relatos llaman a **cambiar la ley de migración**, en varios casos, la recomendación es acelerar los procesos como efecto de descentralizar los trámites y la puesta en práctica de dichos procesos a nivel nacional. El siguiente relato de una autoridad a nivel central explica la cadena de eventos que se ve obstaculizada por las falencias de dicha legislación:

“Tiene que haber una política migratoria de acuerdo a los tiempos digamos, ya? y a las circunstancias que estamos viviendo y con una perspectiva a futuro”... “para mejorar las condiciones de salud de nuestra comunidad migrante hay que partir cambiando la ley de migración que tenemos actualmente, que los vulnera y que no les permite acceder a buenas condiciones, de vivienda, de alimentación” ...”o sea esta rueda sin salida de que yo ingreso con una visa de turista la cual no me permite trabajar, sin embargo necesito mi contrato de trabajo para poder solicitar una visa temporaria y esto de no tener el carnet no me permite además arrendar un lugar digno” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).

2. El punto en común que tienen todas estas recomendaciones emitidas desde los distintos abordajes da cuenta de la dificultad para obtener finalmente el número de Rut. El número de Rut ha sido en el pasado y sigue siendo parcialmente, el punto neurálgico para que los migrantes puedan acceder a una serie de condiciones indispensables para la vida.

Obtener el número de RUT, permite acceder a vivienda de manera segura y con un precio razonable. Así mismo, tener número de RUT posibilita el trabajo con contrato y leyes sociales, y así evitar los abusos laborales. Es también dicho número que el que permite inscribir a hijos de migrantes en establecimientos educacionales, y finalmente poder acceder a salud, entre otros.

Si bien, la obtención de un número de Rut provisorio es bien acogida en todos los abordajes investigados, no es menos cierto que con frecuencia este procedimiento es calificado como una solución transitoria que permite operar al migrante y a los sistemas y que se presta en menor medida para confusión, principalmente cuando se emite más de un número provisorio. Llega un momento en el que el migrante está facultado para obtener un RUT definitivo y este es el que va a permitir vincular números anteriores y registros varios. La trazabilidad de los

registros es un problema emergente que requiere ser abordado de forma integral e intersectorial.

3. Otra **recomendación** que surge con frecuencia apunta a desarrollar y fortalecer el **trabajo intersectorial**, dicha recomendación toma diferentes formas en el lenguaje, dependiendo de quién la emita, aunque el concepto es similar.

En el trabajo con comunidades migrantes, más que nunca cobra importancia el tener una mirada intersectorial para las acciones. En entrevistas del abordaje 1, 2 y 3, las problemáticas mencionadas, son multisectoriales. Es decir, un problema determinado, presenta arista de salud, de educación, otra de aspectos municipales, en ocasiones, legales, o relacionados con policía de investigaciones, entre otras. En algunas entrevistas, el trabajo intersectorial se recomienda como un ordenamiento para alcanzar una meta común. Siendo ésta la que va a guiar a los distintos actores involucrados, desde cada estamento.

4. En varias entrevistas a nivel central, se genera la **recomendación** de difundir el **rol de coordinador** dentro del sistema sanitario nacional. Esta difusión surge debido a que es aquél actor, el que tiene mayores atribuciones para generar intersectorialidad. Establecer y difundir este rol y sus atribuciones es recomendado especialmente en el inicio de los procesos, implementaciones y nuevos programas. Podría ser este actor dentro del sistema quien genere las redes intersectoriales de manera formal. Una vez generadas dichas redes intersectoriales, se recomienda mantenerlas y fortalecerlas en el tiempo, estableciéndose a la larga, una cultura de trabajo intersectorial que evite las interrupciones en el flujo de información, entre otros factores. Un ejemplo de lo que hay que evitar es lo relatado en una de las entrevistas:

“Que la información fluya en los tres niveles, porque me ha tocado que por ejemplo el otro día fui a dar una charla del decreto sesenta y siete y las personas que me hacían preguntas y yo les dije: pero los de su servicio vinieron a una charla el año pasado ¿y usted cómo no lo sabe? No, porque ellos vinieron... el que vino fue el calificador de derechos, yo correspondo a la unidad de maternidad; mi reflexión fue, entonces el calificador de derecho no fluye la información hacia arriba y a los otros niveles?, no hay..” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).

Las labores de coordinación entre otras funciones han consistido en verificar que la información llegue a todos aquellos que participan en la atención de migrantes y ha tenido la facultad para detectar de qué manera se interrumpe la comunicación tanto intra como intersectorialmente, situación que se recomienda evitar.

5. La interculturalidad y particularmente la competencia cultural son problemáticas presentes en la mayoría de las entrevistas de los tres abordajes. En general estas temáticas son consideradas fundamentales y a la vez una tarea pendiente. Existe una conciencia de que esto debe mejorar, emergiendo como una fuerte **recomendación**.

6. Vinculada a la recomendación de fortalecer la competencia cultural y la interculturalidad, surge la mirada del facilitador intercultural de forma sólida. La **recomendación** es convocar a la propia comunidad migrante a participar en dichos procesos interculturales. **La interculturalidad, según recomiendan, requiere de una construcción participativa más que impositiva.**

En resumen, la recomendación es desarrollar la interculturalidad de manera participativa y poniendo énfasis principalmente en lo que une a los pueblos, más allá de lo que divide y generando vínculos. Esta recomendación se vincula con el rol de las instituciones educacionales, especialmente a nivel universitario, la recomendación es fomentar el concepto de interculturalidad, como una política educacional. Así lo expresa una autoridad entrevistada, quien coincide en recomendar el fortalecimiento del rol de mediador intercultural como vínculo inicial a las comunidades migrantes y abarcando finalmente a toda la sociedad;

“Los mediadores culturales, yo creo que se pueden fortalecer aún más. Y yo creo que también el trabajo con los propios países de origen en materia de salud, creo que también es una buena oportunidad para que compartamos experiencias para que podamos fortalecer y poder comprender mejor la dinámica de los factores que están afectando a los migrantes y cómo podemos nosotros optimizar, o sea encaminar más que al 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 34, Autoridad Gestión, 2017).

7. Adicionalmente, emerge otra **recomendación**, principalmente a nivel central, donde se hacen presentes tres necesidades en relación a la interculturalidad. En primer lugar, aclarar el concepto de interculturalidad, ya que, según algunos actores entrevistados, no hay consenso en la definición. En segundo lugar, se recomienda realizar difusiones y capacitaciones a los funcionarios sanitarios y tercero, poner en práctica este enfoque en la atención de pacientes, especialmente en la práctica diaria.

8. Otra **recomendación** presente principalmente en entrevistas del nivel central consiste en **fortalecer el enfoque de Derechos Humanos** en la atención de salud. Dar este foco, puede permitir avanzar en el concepto de salud como derecho para todos los seres humanos, independiente de su nacionalidad, más allá que como beneficio. Se recomienda fortalecer este

foco, tanto entre funcionarios como en la comunidad, según lo ejemplifica una de las entrevistas analizadas;

“hay que mantener... hay que hacer estos discursos, hay que institucionalizarlos, independiente de cómo se llama... de los períodos, hay que empezar a institucionalizar que, en materias de salud, está el componente de derechos humanos y hay que explicar cuál es la dimensión de los derechos humanos en salud” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).

9. En general, se encuentra la paradoja de que los migrantes exigen la salud como un derecho y los chilenos plantean que es un beneficio. Se **recomienda** aclarar este punto, lo que podría ser beneficioso y generar un mejor ambiente intercultural. Unificar la mirada al respecto, permitiría evitar roces entre usuarios chilenos y migrantes, que son reportados con cierta frecuencia. Si la atención de salud es un beneficio, algunos usuarios chilenos consideran que no debe ser otorgada a extranjeros, en cambio sí es un derecho, no importa la nacionalidad. Entre las entrevistas analizadas, se encuentran algunos relatos que dan cuenta de esta realidad;

“por ejemplo de adultos mayores, que cuando tocamos el tema de la migración y de las cosas que hace en concreto Fonasa, para bajar las barreras, el adulto mayor siempre tiende a entender que dice: oye, pero ellos se atienden con mi siete por ciento y ahí nosotros explicamos siempre!, el siete por ciento eeh tenemos el provisorio que es provisorio” ... “el migrante cuando obtiene el RUT nacional, cotiza” ... “a veces la gente pregunta y se da el mensaje, el migrante una vez que obtiene el RUT, cotiza su siete por ciento como cualquier nacional” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).

Difundir el concepto de la atención de salud, percibida como un derecho humano fundamental en toda la sociedad, es una recomendación. Evidentemente, cambiar el concepto dentro de la cultura, no va a ser instantáneo y en consecuencia surge la recomendación de generar capacitaciones, discusiones y sensibilización, que vayan poco a poco cambiando la mentalidad existente.

10. Una de las **recomendaciones** que presenta una fuerte presencia en todos los niveles, da cuenta de la urgencia de aumentar la **dotación de especialistas en todas las comunas**. Las listas de espera, tanto quirúrgicas como de otras especialidades, son una temática de la cual se habla en todos los abordajes y se refleja en el discurso de los entrevistados de un grupo focal;

“sobre todo la especialidad porque en el sistema público, la atención primaria te atiende en la primaria po’, 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)

Las dificultades para acceder a especialistas y materializar las derivaciones, también son nombradas permanentemente. La recomendación para solucionar este problema toma distintas facetas, dependiendo de quién sea el entrevistado. Cuando se entrevista a pacientes, generalmente la respuesta es aumentar los especialistas.

En las entrevistas de funcionarios, se encuentra una visión pesimista del sistema que logra detectar requerimientos de salud para chilenos y migrantes, pero no logra dar resolución a estos diagnósticos, lo que queda plasmado en el discurso de un funcionario;

“Mhmm, no sé yo creo que, tendríamos que mejorar nuestra salud primero, [risa] no, no del punto de vista técnico ni nada, sino que, nos falta mucho a nosotros, por lo menos esa es mi visión que tengo de acá” ...”. Es como unificar la cosa, pa’ todos iguales, y pa’ todos, los chilenos y los migrantes iguales po’, somos, los que vivimos nosotros en el mundo, ¿no cierto?” (Entrevista 11, Funcionario, 2017).

Continuando con las recomendaciones en relación a derivaciones y especialidades, si la entrevista pertenece a autoridades, el flujo de ideas va más allá de la necesidad de la interconsulta y surge la urgencia de conseguir estos especialistas, que son escasos dentro del país. A partir de esta recomendación, aparecen otras que van ligadas. Entre éstas, algunas propuestas que podrían dar respuesta a esta necesidad. Una temática interesante que emerge en entrevistas del abordaje 1, da cuenta de los requisitos para aquellos especialistas, que a la vez son migrantes, para revalidar su título profesional dentro del país.

Las dificultades para rendir exitosamente el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) asociado a los bajos puntajes y finalmente que se puede rendir sólo una vez al año, constituyen las barreras iniciales para la entrada de profesionales extranjeros al sistema sanitario chileno.

11. En otras palabras, no son solamente los pacientes migrantes quienes ven sus procesos enlentecidos por la legislación vigente, sino que éstos también afectan a quienes, por su profesión, podrían aportar y dar respuesta, por lo menos en parte, a la falta de especialistas en el sistema sanitario nacional. La **recomendación**, es agilizar y habilitar a quienes puedan aportar en dar respuesta oportuna y eficaz a las necesidades de medicina especializada, presentes tanto en la población nacional, como en la comunidad migrante.

Tanto a nivel de funcionarios como autoridades de gestión se encuentra la preocupación por el tardío ingreso a control de embarazo en las gestantes de todas las comunidades migrantes. Este problema es transversal, plantean que es notable la diferencia con las gestantes chilenas, las consecuencias de esta costumbre son graves, afectando incluso las tasas de morbimortalidad, según plantea un entrevistado a nivel gestión;

“Si usted analiza la cantidad de muertes maternas que hubo en los últimos 3 años, de 7 muertes maternas 3 de ellas eran migrantes. Y eso es porque la mayoría de ellas no tienen por cultura el control del embarazo. Entonces ahí como sector salud nosotros vamos a tener que hacernos cargo de algunos hábitos que son conductas sanitarias habituales en otra población y vamos a tener que ir educando a los migrantes cuando en sus países de origen no sea habitual” (Entrevista 34, Autoridad Gestión, 2017).

12. La **recomendación** para mejorar la cobertura de control de embarazo desde el inicio en las comunidades migrantes es que se incorpore aquellas áreas sociales que tienen relación con salud, por ejemplo, los establecimientos educacionales, lugares en que viven, entre otros. **El facilitador intercultural puede cumplir un rol importante difundiendo los hitos del control, plazos y beneficios para la salud materno infantil.** Otra arista de la recomendación frente a esta problemática es la investigación. Sin duda sería un aporte estudiar y conocer qué mueve a las gestantes de otras nacionalidades, cual es la motivación para acudir -o no acudir- a dichos controles. Estas motivaciones son desconocidas por los funcionarios de la Atención Primaria de Salud - APS y muchas veces son clasificadas como falta de responsabilidad o descuido. Para generar instancias educativas efectivas, es relevante conocer la cultura de base de aquellos que van a recibirla.

13. Una **recomendación general** e importante, sería realizar un diagnóstico de cada una de las comunas y comunidades migrantes específicas, debido a que con frecuencia se encuentran diferentes problemáticas.

Un buen ejemplo de dichas recomendaciones, se dirigen a la realidad de la comunidad migrante haitiana. Si bien, la problemática psicosocial asociada, especialmente en la comuna de Santiago, está bien descrita en las entrevistas de los distintos actores; son estas mismas entrevistas, las que muestran otra realidad, con necesidades y **recomendaciones específicas** y diferentes por parte de la comunidad venezolana, o el grupo de migrantes colombianos.

Si bien los problemas de salud detectados tienen componentes biopsicosociales, y son difíciles de separar en la práctica, se perciben ciertos énfasis, que pueden revelarse a través de las entrevistas y generan **recomendaciones específicas**.

14. Dentro de las recomendaciones específicas, se encuentra la intervención de las comunidades de valles al interior de Arica; las importantes dificultades de comunicación de migrantes haitianos con la comunidad chilena, con todo lo que ello implica. En tercer lugar, dificultades para atender a pacientes haitianos, las que conllevan un riesgo sanitario. En cuarto

lugar, los problemas de salud -al parecer de mayor gravedad- dentro de dicha comunidad y en aquellas comunas, que, por tener mayor presencia haitiana, se hacen urgentes y complejos.

En **Arica**, el peor escenario, parece ser la forma de vida que han tomado las comunidades migrantes al interior de los valles. Esta carencia, toma forma, tanto a nivel laboral como en la alimentación, en las condiciones de la vivienda. También se problematiza la crianza que se le está dando a los niños y al nivel educacional que reciben. Todo esto, se complejiza aún más, porque hay un diagnóstico poco acabado. Se trabaja en base a rumores y a comunicaciones personales que realizan especialmente los facilitadores interculturales y algunos funcionarios que han presenciado la precariedad transversal que esta comunidad presenta.

Se comenta por los entrevistados en este estudio, qué los migrantes asentados en estos Valles tienen altas tasas de suicidio o de intento de suicidio, entre otros muchos problemas de salud física y mental. Sin embargo, no hay un diagnóstico acabado de la situación, no se encuentran cifras, requerimientos específicos, programas especialmente dirigidos a la temática particular de aquellos migrantes que habitan dicha zona, en relación a esto se encuentran algunos relatos de funcionarios;

“hay mucha población que nosotros no sabemos, no sabemos, en los valles no sabemos cuanta gente hay, no sabemos si se controlan, no sabemos si tienen partos con atención profesional, no sabemos” ... “no sabemos cuanta gente hay allá que se vienen sin documentada po’, entonces hay que ir más, ir más allá po’, a mí me contaban, no sé si sería cierto, pero que habían poblaciones así como un barrio chino que vivían así con migrantes, y que vendían sus comidas y sus cosas en el valle, pero como digo yo va a ser eso ? sí me decían, sí hay” (Entrevista 11, Funcionario, 2017).

El desconocimiento parcial, impide poder generar programas específicos o poner energía en solucionar de manera dirigida dicha problemática. La **recomendación**, entonces, sería afinar el diagnóstico, dado que, a través de las entrevistas de este estudio cualitativo, sólo se puede conocer parcialmente esta realidad. La **segunda recomendación** sería, poder diseñar esfuerzos dirigidos a resolver dicha problemática, una vez cuantificada. Por otra parte, es imposible llegar a solucionar una temática que abarca todas las esferas de la vida humana, sin un trabajo intersectorial acucioso. Surge este enfoque, como un requisito para poner en práctica la recomendación.

15. Para elaborar **recomendaciones respecto al facilitador intercultural**, es importante repasar su realidad transversal y particular. El rol del facilitador intercultural ha sido muy bien evaluado a lo largo de todas las entrevistas, sin embargo, es percibido como difuso, intercambiable, dependiente de la necesidad particular del centro de salud. Parece no haber una definición ni atribuciones uniformes en las diversas comunas investigadas. Dicha percepción, deja a este funcionario en una situación de *comodín*, que ejerce sus funciones según la necesidad de cada comunidad presente y en el estilo que toma ese consultorio en

particular. En algunas entrevistas, también se reporta la necesidad de que este funcionario tenga un lugar físico en el cual desempeñar su función administrativa de manera adecuada o requerimientos de movilización hacia las labores de terreno. Algunas de las funciones que se reportan a lo largo de las entrevistas son la de vínculo CESFAM/comunidad, traductor, intérprete, mediador, educador, labores de extensión, asistente para conseguir prestaciones, horas, pases, números provisorios, entre otros.

En general, en las entrevistas se recomienda que el facilitador intercultural debe permanecer mayor tiempo en terreno que en trabajo administrativo o de oficina. Al mismo tiempo, emerge con fuerza la recomendación de aumentar la dotación de facilitadores interculturales. Es muy recomendable aumentar la variedad de facilitadores interculturales, principalmente en el norte del país. Hasta la fecha, la fortaleza está puesta en las comunidades Aymara. Se recomienda mantener esa dotación que he tenido éxito y aumentar la presencia de facilitadores interculturales que atiendan a otros tipos de comunidad, por ejemplo, colombiana, peruana, boliviana y de manera incipiente prepararse para recibir a la comunidad haitiana que ya está empezando a llegar.

Definir el rol, funciones, descripción de cargo y el perfil laboral del facilitador intercultural, parece ser una recomendación que surge de manera tangencial, debido a que la tarea es percibida como pendiente.

Otra problemática particular presente sobre todo en la comuna de Santiago, aunque también en Recoleta, es la grave dificultad de comunicación presente entre los funcionarios de salud y la comunidad haitiana. Estas dificultades, toman características muy graves a nivel de atención de urgencia y algunos entrevistados se muestran afectados por la presión que ello implica. Especialmente, estas aprehensiones son reportadas en los hospitales, donde pueden cometerse graves errores, debido a la incomprensión entre ambos interlocutores.

16. Explicada esta realidad, las **recomendaciones pasan por tres niveles diferentes**. La primera, es otorgar cursos de español a las comunidades, para que poco a poco puedan insertarse y realizar trámites, compras, funciones básicas de la vida en su nuevo lugar de residencia dentro del país; esta realidad es compartida por diversos organismos sectoriales. En segundo lugar, también se recomienda enseñar al menos conceptos básicos del idioma Creole a aquellos funcionarios que atienden a la comunidad migrante haitiana. En tercer lugar, proporcionar mayor cantidad de facilitadores interculturales, que conozcan esa lengua y esa cultura, quienes operan como traductor, nexos, educador informal y facilitador propiamente tal.

En relación a la primera recomendación respecto a la enseñanza del idioma español dentro de la comunidad haitiana, existen indicios en las propias entrevistas, de que ya se está haciendo. Justamente, al parecer, son los facilitadores interculturales quienes lideran estas capacitaciones;

“facilitar que los haitianos aprendan el español porque así ellos pueden comunicarse si van a comprar pan al supermercado” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).

En segundo lugar, la enseñanza del idioma Creole a los funcionarios de salud también es un proceso al que se le ha dado inicio, según la evidencia que surge de las entrevistas. A esta propuesta, sin embargo, se recomienda hacer algunas modificaciones formales. Los cursos que se han impartido no han sido bien evaluados y en general, la opinión de los funcionarios es que no obtuvieron un aprendizaje efectivo, mencionan algunos cursos de Creole online. En tercer lugar, se recomienda que los facilitadores interculturales que hablan este lenguaje estén mucho más presentes y accesibles en la atención de salud, particularmente a nivel de hospitales.

Otra necesidad urgente detectada, es la regularización de la nacionalidad de niños nacidos en Chile, cuyos padres aún no han regularizado su propia residencia. Este hecho, los deja en una condición de indefensión y de invisibilización, frente a los beneficios sociales. Sin embargo, con el número de identificación provisorio, esta barrera para sus padres ha ido mejorando bastante. Se da la paradoja que los padres, que son migrantes pueden acceder a salud y los niños, que no han podido ser inscritos a pesar de ser chilenos, van quedando al margen de la atención de salud. La **recomendación** es entregar una forma expedita de inscripción en el registro civil para aquellos niños que siendo hijos de migrantes irregulares han nacido en Chile. Al inscribirse en el registro civil, se obtiene el número de RUT y se resuelve la dificultad.

A nivel de salud física, también emergen numerosas recomendaciones, que surgen de las diversas entrevistas. Se trata de condiciones detectados de manera asociada a vulnerabilidad y precariedad de vida. Un ejemplo reportado con frecuencia es el hacinamiento, mala alimentación, entre otras. También se detectan ciertos problemas de salud, que son específicos de cada comunidad y con los cuáles el personal no está familiarizado ni conoce los cursos de acción.

Por ejemplo, con frecuencia se obtienen relatos que dan cuenta de las diferencias en las tablas estandarizadas de peso y talla. La tabla ha sido elaborada para los niños nacidos de familia chilena. Aquellos niños hijos de padres haitianos, tienen otra talla y otro peso que los chilenos, por lo tanto, van quedando clasificadas sistemáticamente como desnutridos, según manifiesta uno de los entrevistados;

“[Respecto a la comunidad haitiana] Calificamos por ejemplo a todos los recién nacidos a las gestantes, con las mismas curvas de los chilenos y son totalmente distintas, o sea casi todas las haitianas son desnutridas acá o bajo peso y tienen probablemente tienen que hacer algo distinto, la mayoría son súper altas, son todas arriba del metro sesenta, entonces las tablas son totalmente distintas”...“hay diferencias biológicas, por ejemplo tenemos mucha haitiana que durante la gestación son hipertensas, entonces nosotras decimos, para nosotras tal vez somos, serán todas hipertensas, o será que, biológicamente son distintas, quién sabe, no tengo ni idea”...“[Respecto a la comunidad peruana] las curvas, las tallas también hay mucha

paciente peruana súper bajita o sea bajo el metro cincuenta, o sea se fueron pal otro lado” (Entrevista 32, Autoridad-Representante Nivel Central, 2017).

También se reportan en las entrevistas, ciertas patologías que son específicas de esta comunidad y que en Chile son poco conocidas y están poco socializadas. Entre los entrevistados emerge con fuerza el desconocimiento práctico y la escasa teoría para hacer frente a dichas patologías. Hay quienes plantean que estas enfermedades son consideradas nuevas en el país.

Algunas de ellas son infectocontagiosas, como son el dengue y la malaria, por ejemplo. Hay otras temáticas infectocontagiosas, cuya prevalencia es alta y su forma de presentación en la comunidad haitiana, toma una forma diferente a la que tradicionalmente se ha visto en Chile.

Los profesionales no se encuentran familiarizados con los protocolos de atención, describen la condición como inocua para la salud, transmitida de generación en generación, se desconciertan y al parecer se incurre en gastos no conducentes a mejoría, según ellos mismos los describen con sus palabras;

“Muchos de ellos son hijos de, de, de los papás, o abuelos, porque esto se trasmite en una cadena, entonces nos hemos encontramos que eso también ha sido como una barrera en el sentido de tratarlos” ... “que tienes una serología positiva, eres cero positivo entonces empiezan constantemente a tomarte exámenes de sangre pa’ ver que tus leucocitos y todo eso no, estén en niveles normales, en cambio ellos no po”... “Al llegar acá se ha detectado que ellos muchos tienen serologías positivas, porque VIH es la etapa final de, del SIDA, no es que tengan VIH, sino que son serologías positivas y pueden vivir normal” ... “son hijos que de mamás que tuvieron VIH, entonces, y al llegar acá se dieron recién cuenta que tenían VIH, eso ha pasado acá” (Entrevista 7, Funcionario, 2017)

Esta forma de operar responde al desconocimiento de la realidad de la medicina en Haití, en la cual han crecido los migrantes nacidos en dicho país. Lo mismo ocurre con los programas de vacunación y con los programas de prevención existentes que son diferentes a los que operan en Chile, lo cual los deja vulnerables a contraer enfermedades que en Chile ya se consideran casi erradicadas, según explican los entrevistados. **La recomendación** es conocer lo antes posible esa realidad y adecuar los recursos tanto de diagnóstico como de tratamiento a aquellas vulnerabilidades detectadas.

Por otro lado, se describen algunas patologías que son una condición genética, como, por ejemplo, la anemia falciforme. Dicha condición se menciona en algunas entrevistas, comentando que no existe una buena formación teórica y procedimental a nivel de formación profesional ni tampoco de médico, para dar un buen abordaje y respuesta a esta anemia ni a sus consecuencias.

17. La **recomendación** sería capacitar a los funcionarios de salud respecto a estas y otras patologías poco conocidas en Chile, especialmente a médicos que atienden en comunas que la comunidad está muy presente. Una **recomendación** asociada tangencialmente a esta, que es relevante pero lenta de implementar, consiste en entregar durante la formación de pregrado, los conocimientos necesarios para detección, diagnóstico, tratamiento y profilaxis. Dichas condiciones de salud deben comenzar a estar actualmente integradas en las mallas curriculares de las carreras de salud.

Existen indicios que apuntan al deterioro de la salud mental de las comunidades migrantes asentadas en el país. En las diversas comunas estudiadas se encuentran algunas entrevistas que dan cuenta de un viraje en la forma de presentación o la manifestación de la patología mental, probablemente asociada a la cultura. Para los migrantes es perturbador ver que sus seres queridos comienzan a padecer enfermedades que nunca habían oído nombrar, un buen ejemplo es la crisis de pánico. Migrantes relatan, que esta dolorosa manifestación es desconocida en los países de origen. Existiendo alta prevalencia de problemas de salud mental entre los migrantes, la **recomendación** sería estudiar esta problemática y conocer los factores asociados, para poder dar una respuesta oportuna a las necesidades detectadas y especialmente realizar una labor preventiva.

Tabla 5: Resumen Recomendaciones Capítulo 5

Área de Análisis	Recomendación
Buenas Prácticas	Propender a diseñar e implementar políticas públicas de carácter universal, que no haga distinción entre nacionalidad o condición migratoria.
	Búsqueda activa de población migrante internacional sin previsión y evaluar su incorporación al sistema de salud. El mecanismo existente en la actualidad es el Decreto 67, el cual busca precisamente formalizar el acceso de población vulnerable.
	Estudios sugieren que los pacientes de grupos minoritarios que tienen una opción tienen más probabilidades de seleccionar profesionales de la salud de su propio origen étnico y generalmente están más satisfechos con el cuidado que brindan. Se recomienda en primera instancia realizar estudio cualitativo en Chile que apoye esta evidencia internacional.
	Servicios de salud en muchos países están cultivando vínculos con las comunidades de migrantes a través de programas de extensión y asegurando que los grupos de migrantes estén representados en plataformas de pacientes y cuerpos consultivos. Se recomienda que grupos de migrantes participen activamente en grupos formales de salud, como por ejemplo los Consejos Consultivos organizados por la Autoridad Sanitaria Regional o a los Comités de Desarrollo Local de los CESFAM.
	Estudios sugieren que existe margen para la transferencia exitosa de políticas y de mejores prácticas en la promoción de la salud para migrantes. Se propone continuar con los esfuerzos de concretar planes de inclusión en salud que incluyan: i) deberes y derechos de usuarios del sector salud, ii) oferta de planes y programas

	<p>que tiene la población migrante por ley en Chile y las que los propios municipios puedan tener.</p>
	<p>Las unidades de salud básicas son una forma importante de brindar servicios a grupos especialmente vulnerables de migrantes y tienen una larga historia en algunos países. Estas iniciativas no son comunes en Chile, toda vez que el sistema de atención primaria de salud en el país se enmarca dentro de un modelo de Salud Familiar. Existen experiencias de modelos con enfoque Comunitario, como es el caso de Recoleta, donde existen dispositivos o unidades básicas de atención en el territorio. Se recomienda evaluar técnicamente la eficacia de estos dispositivos comunitarios que complementan la red de Atención Primaria Municipal.</p> <p>La atención de salud en manos de ONGs para población migrante. En Europa, por ejemplo, existen experiencias de ONGs apoyando a grupos migrantes vulnerables que no han podido acceder al sistema de salud formal de su país. En este sentido, en casos puntuales, se podría explorar esta alternativa de atención de otras organizaciones para aquella población migrante que no tiene acceso al sistema de salud chileno. No obstante, la entrega de servicios de salud por fuera de los sistemas formales a población migrante internacional tiene el riesgo de no ser sustentable en el tiempo, ni vinculante a cuidados de salud formal cuando sea requerido (ej. hospitalizaciones). Al mismo tiempo, sirven de excusa para que los gobiernos no tomen con urgencia este tema a nivel político e institucional. Dada esta evidencia de otros países, se propone realizar diagnóstico base que permita identificar población migrante que no accede al sistema sanitario para posteriormente evaluar técnicamente la opción de incorporar otros actores a la provisión de servicios de salud para población vulnerable.</p>
	<p>Creando puentes para romper barreras culturales. La capacitación en competencia cultural puede incorporarse a la educación básica de los profesionales de la salud o se puede brindar por separado en una etapa posterior.</p>

	<p>Se recomienda indagar sobre los planes educativos que las distintas carreras de la salud imparten en el país y ante dichos resultados proponer cambios curriculares que permitan incorporar las distintas temáticas relacionadas con la migración: derechos humanos, interculturalidad, multiculturalidad, etc. Universidades en Canadá, los Países Bajos, Suecia, Reino Unido y los EE. UU. han integrado la competencia cultural en los programas de capacitación médica de pregrado.</p>
--	---

Consideraciones finales

Respecto a su propósito, el presente informe pretendía en primer término sistematizar y evaluar el plan piloto de salud de migrantes internacionales; en este sentido, se considera que lo expuesto tanto en el capítulo 3 como en el capítulo 5 cumplen a cabalidad con este propósito, primero porque se realiza un análisis por nivel de abordaje y comuna, siendo complementado en profundidad bajo el enfoque de derechos humanos. En cuanto a la identificación de buenas prácticas, estas explícitamente se incorporan como tal en el capítulo 5, sin embargo, en cada uno de los capítulos desarrollados se incorporan reflexiones y recomendaciones, que en sí pueden ser consideradas buenas prácticas y que surgen de las experiencias que los participantes del estudio han sentido y aplicado desde sus lugares de trabajo; y como tercer propósito, la elaboración de recomendaciones para el desarrollo de una Política de Salud de Migrantes se convirtió en un eje transversal en los cinco capítulos, lo que se considera un aporte concreto para el desarrollo de planes y programas que den sustento explícito a la Política.

De acuerdo a los resultados expuestos, uno de los mayores desafíos que enfrenta hoy Chile en términos de la salud de la población inmigrante es lograr coordinar en forma eficiente y articulada a todos los actores de la sociedad civil y gobierno, desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales e interculturalidad. Bajo esta convicción país, se debe construir un país más inclusivo y respetuoso de la diversidad humana y social.

En la medida que logremos esta **inclusión**, el país podría permitir que la persona inmigrante, independiente de su edad, sexo, nivel socioeconómico, ruralidad e idealmente independiente de su estatus legal en el país pueda tener igual acceso al sistema de salud público que una persona nacida en Chile. Esto responde a un necesario enfoque de garantía de acceso a salud y equivale a entregar un 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.

La información sobre la salud de las personas migrantes internacionales en Chile y Latinoamérica en general es escasa, especialmente en aquellos en situación irregular. Hoy se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, el nivel socioeconómico y de salud antes de migrar a Chile, los efectos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Es necesario entonces desarrollar **más estudios cuantitativos y cualitativos focalizados** a la población inmigrante, idealmente de manera longitudinal y de representación nacional. Sólo de esta manera se podrá orientar de manera efectiva estrategias que faciliten la protección de la salud de la población en Chile, independiente de su edad, género, raza o estatus migratorio.

También en el país existe la necesidad de definir cómo abordar la salud de la población migrante internacional. Esto es, desde qué paradigma o perspectiva se debe avanzar en la temática de salud migratoria, perspectiva que determina la manera de realizar diagnósticos, propuestas de intervención, seguimiento y monitoreo, e incluso determina cómo se evalúa el éxito o fracaso del país en la protección y mejoramiento continuo de la salud de la población migrante internacional. Desde este punto de vista se deben definir los enfoques de análisis sobre los existentes, por ejemplo, el de interculturalidad (que en Chile considera esencialmente salud de pueblos originarios), el de determinantes sociales de la salud, el de salud familiar, el de ciclo vital, entre otros. Estos enfoques no son antagónicos entre sí, y pueden combinarse en la práctica, pero ciertamente la selección de uno sobre otro tendrá impacto en el diseño, implementación y evaluación de la política de salud de migrantes en Chile.

No solo desde la evidencia internacional, sino de la integración de las distintas fuentes de análisis, se considera relevante explicitar el enfoque de **Derechos Humanos** en cualquier diseño de planes y programas, considerando que la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, presentada en Octubre de 2017, la incorpora como marco conceptual, sin embargo, se requiere que esta se vea reflejada en cada acción que se realiza. Esta idea surge de la reiterada opinión de participantes de este estudio que indicó que la salud es un derecho universal. Este enfoque se hace necesario ante la aún vulneración de derechos en algunos grupos de migrantes, como para el caso de niños y niñas o personas de países que son habitualmente discriminados por el solo hecho de nacer en ese país.

Un punto que debería realzar el compromiso de Chile con el proceso migratorio es **modernizar la política migratoria**. Como es de público conocimiento, Chile tiene como legislación vigente la Ley de Extranjería que data del año 1975. Como su nombre lo indica, esta ley centra el esfuerzo legislativo en “el extranjero” que ingresa al país y no posee una mirada que abarque el concepto de migración como eje. El debate en el país ha avanzado durante estos años, sin embargo, no ha existido el consenso político para continuar a pasos más firmes en una nueva legislación; en agosto de 2017, el gobierno de la Presidenta Bachelet ingresó a discusión legislativa el proyecto de Ley para una nueva Política Migratoria. Los nacidos en Chile y los que optan por residir en nuestro país se merecen una legislación adaptada a la realidad actual y que de cuenta de forma explícita el compromiso del país para con la migración.

El presente estudio y sus resultados constituyen un valioso aporte a la discusión en torno a la temática migratoria en general y del área de salud en particular. Los pasos siguientes deberían estar ligados, al menos, a dos ámbitos de acción específicos. En primer término, ampliar los campos de investigación cuantitativos y cualitativos para seguir aumentando la evidencia chilena y latinoamericana en el tema salud y migración, particularmente con estudios epidemiológicos longitudinales, tanto en población nacida en Chile como población migrante. En segundo término, iniciar un trabajo interdisciplinario en el sector salud que logre el diseño



y posterior implementación de un plan específico que traduzca la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile en acciones concretas, con indicadores de monitoreo y evaluación y que esté en sintonía con la Estrategia Nacional de Salud.

Bibliografía

1. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.
2. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012;11:68.
3. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32.
4. Organización Internacional para las Migraciones. La Migración en un mundo Globalizado, MC/INF/268; 2003.
5. Organización Internacional para las Migraciones. Migración y Salud para el Beneficio de Todos, MC/INF/275, adaptado de la OIM. Informe sobre las Migraciones en el Mundo, OIM, Ginebra; 2003.
6. Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud; 2005.
7. Cabieses B, Bird, P. Glossary of acces to health care and related concepts for law and middle income countries (LMICs): a critical review of international literature. *International of health services: planning, administration, evaluation*. 2014; 44(4):845-61. Epub 2015/01/30.
8. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.
9. OECD. Chile - Economic forecast summary (June 2015): OECD; 2015 [Available from: <http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm>].
10. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago Chile: INE; 2013.
11. Agencia Central de Inteligencia. Life expectancy at birth (Years). 2012.
12. Instituto Nacional de Estadísticas. Demografía - 80-¿Cuál es la esperanza de vida al nacer? Santiago Chile; 2014.
13. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de demografía y estadísticas vitales Santiago Chile: INE; [Available from: www.ine.cl].
14. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural: 1990-2020. Santiago Chile; 2012.
15. Morales ME. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario - El cambio demográfico en Chile Universidad de Chile. Santiago Chile 2009.
16. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.
17. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2008;179(12):1289-92.



18. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2161-70.
19. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *Journal of medical ethics*. 2008;34(9):e13.
20. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. *Cadernos de saude publica*. 2002;18(4):1053-66.
21. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2002;11(5-6):374-85.