



FONIS
Fondo Nacional
de Investigación en Salud



Trinity College
HARTFORD CONNECTICUT

FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

REPORTE

Resultados fase cualitativa general:

Conocimiento, experiencias y actitudes relacionadas con el encuentro intercultural entre personas migrantes internacionales y equipos de salud de atención primaria y terciaria en cuatro comunas de Chile: Antofagasta, La Granja, Valparaíso y Temuco.

Hallazgos de entrevistas y grupos focales a personas migrantes, equipos de salud y autoridades locales.

Santiago, marzo del 2023

FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Este reporte fue elaborado por:

Báltica Cabieses, PhD

Rayén Ibacache, MSc

A partir del riguroso trabajo del equipo de investigación:

Báltica Cabieses, PhD. UDD. Epidemióloga social con más de 23 años de experiencia en investigación. Experta en salud de migrantes internacionales con experiencia en Chile y la región. Directora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

Alexandra Obach, PhD. UDD. Antropóloga social y cultural experta en temáticas de salud con 20 años de trayectoria. Especialista en metodología cualitativa y con experiencia específica con población migrante internacional. Directora ejecutiva del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

Alfonso Urzúa, PhD. UC del norte Antofagasta. Psicólogo de la salud con más de 15 años de experiencia de investigación, experto en temáticas de bienestar y discriminación con población migrante internacional.

Ana María Alarcón, PhD. UFRO. Antropóloga de la salud, experta y referente nacional de interculturalidad en salud en Chile con foco en pueblo originario, con más de 20 años de amplia trayectoria en investigación en la temática.

Cristián Torres, MSc. UValpo. Sede San Felipe. Antropólogo de la salud y migrante internacional en Chile (mexicano). Investigador dedicado a salud y bienestar de población migrante en México y recientemente en Chile.

Manuel Ortiz, PhD. UFRO. Psicólogo de la salud, director del Programa de Doctorado en Psicología de la UFRO y experto en psicometría. Línea de investigación en salud y estrés, con más de 15 años de investigación en este tema.

James Trostle, PhD. Trinity College. Antropólogo con más de 30 años de trayectoria de investigación en salud a nivel mundial. Referente mundial en salud intercultural.

María Inés Álvarez,
MSc(c) UDD. Coordinadora general del reclutamiento y recolección de fases cuantitativa y cualitativa del estudio. Investigadora asociada al Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

Sabrita Chandía, MSc UDD. Coordinadora financiera. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM UDD.

Junto al apoyo técnico de los siguientes profesionales:

Antofagasta Gustavo Macaya, PhD(c), Consuelo Cruz PhD(c).

La Granja Awkan Moya, Francisca Sanhueza, Javiera Arellanos, Belén Muñoz, Matías Silva, Camila Marchant, Maximiliano Vergara, Carmen Molina, Constanza Donoso, Modline Sanon, Cristóbal Valenzuela, Morin Fuentes, Daniela Saldaña, Patricia Awad, Diego Esturillo, Francisca Mieres, Vicente Maltrain.

Valparaíso Jaime Andrés González Herrera, Francisca Carolina Abrigo Tapia, Tamara Angelica Farías Reinoso, María Ignacia Baier Contreras, Camila Calixto (Angy), Camila Acuña Montes, Francisca Victoria González Valenzuela, Diego Elías Peña Salas, Paulina Viviana Garrido Pino, Gonzalo Alberto Monroy Cortés.

Temuco Florencia Lastarria, Yolanda Nahuelcheo, Mariela Castillo, Bárbara Galdamez, Josefa Guerman, Felipe Dubrevil.

Financiamiento:

FONIS SA19I0066
ANID, Gobierno de Chile.

Aprobación ética:

Comité Ético-Científico, Centro de Bioética, ICIM; Universidad del Desarrollo.
Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente.
Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Valparaíso.
Comité Ético-Científico, Servicio de Salud Araucanía.

A todos/as/es ellos/as/es, y a cada uno de los participantes de este estudio, les agradecemos muy sinceramente su compromiso, generosidad y entrega en el llenado de cuestionarios de encuesta confidencial. Sin ustedes este proyecto no habría sido posible ejecutar.

INDICE DE CONTENIDOS

ANTECEDENTES GENERALES DE ESTE REPORTE	7
Contexto:	7
Descripción metodológica:	8
HALLAZGOS CUALITATIVOS USUARIOS MIGRANTES	11
I. Apreciaciones generales del Sistema de Salud chileno desde usuarios migrantes	13
II. Experiencia en atención en salud	25
III. Elementos comunitarios que facilitan el acceso a salud de usuarios migrantes y la adhesión a tratamientos de salud	32
IV. Barreras al acceso a la salud de usuarios migrantes y a la adhesión a tratamientos de salud	34
V. Sugerencia Modelo de Atención Intercultural	39
HALLAZGOS CUALITATIVOS EQUIPOS DE SALUD	55
I. Percepciones sobre el proceso migratorio	57
II. Percepciones sobre el proceso de atención en salud a migrantes	60
III. Experiencia de atención en salud a migrantes	65
IV. Dificultades a la atención en salud en población Migrante	74
V. Necesidades de atención en salud a población migrante y capacitaciones del equipo de salud	83
VI. Política Salud Migrantes	86
VII. Salud intercultural	88
VIII. Sugerencias de mejora para avanzar hacia un Modelo de Atención Intercultural	97
HALLAZGOS CUALITATIVOS AUTORIDADES DE SALUD	101
I. Percepciones respecto al proceso migratorio	103
II. Percepciones sobre la salud de las personas migrantes	108
III. Prácticas de atención en salud a usuarios/as migrantes	116
IV. Necesidades de atención en salud a usuarios/as migrantes	117
V. Salud Intercultural	119
VI. Sugerencias para el desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural	127
ANEXO- MATERIAL INFORMATIVO Y GUIONES DE ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES	130

Tabla de ilustraciones

Figura 1. Elementos comunitarios que contribuyen al acceso a la salud y adhesión a tratamientos de usuarios/as migrantes.	33
Figura 2. Barreras de acceso a la salud y a la adhesión de tratamientos de usuarios/as migrantes..	38
Figura 3. Sugerencias de mejora para desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural desde la perspectiva de equipos de salud	39
Figura 4. Sugerencias de mejora para desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural desde la perspectiva de equipos de salud	99
Figura 5. Sugerencias para desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural desde la perspectiva de autoridades Sanitarias	129

ANTECEDENTES GENERALES DE ESTE REPORTE

Contexto:

En Chile, la salud intercultural ha estado históricamente relacionada a pueblos originarios. La compleja matriz social actual exige nuevos abordajes conceptuales, empíricos y de acción en salud intercultural. En la actualidad no existe una propuesta conceptual que permita definir, operacionalizar y medir estrategias de acción para el encuentro intercultural en salud con población migrante internacional. Este problema se reconoce como una necesidad urgente sentida de parte de la autoridad sanitaria, de los equipos de salud y de los mismos migrantes internacionales.

A partir de esta realidad, se llevó cabo el proyecto FONIS SA19I0066 cuya pregunta de investigación directriz fue: A la luz del enfoque intercultural en salud existente para pueblo indígena y de la reciente política de salud de migrantes en Chile, ¿Cómo establecer un nuevo enfoque de interculturalidad que sea específico para población migrante internacional según la perspectiva de equipos de salud, usuarios y autoridades de salud?

Se ejecutó un estudio multi-métodos en Antofagasta, La Granja, Valparaíso y Temuco. En cada comuna se incluyeron dos centros de salud familiar y un hospital, así como población inmigrante residente y autoridades del país (MINSAL y servicios de salud). Se realizó una revisión documentaria internacional y se indagó en cómo diversos actores clave comprenden y utilizan el enfoque intercultural en general, así como experiencias y recomendaciones específicas para población migrante internacional en particular (fase cualitativa del estudio). También se identificó el nivel de conocimientos que existe sobre el enfoque intercultural existente en Chile y sobre la política de salud de migrantes y sus lineamientos estratégicos (fase cuantitativa del estudio). El estudio fue organizado en tres fases: cualitativa, cuantitativa y traslacional. La primera fase cualitativa contempló dos etapas, una documentaria (revisión de literatura en el mundo y Latinoamérica) y otra de levantamiento cualitativo que incluyó entrevistas semi-estructuradas y grupos focales a personas migrantes beneficiarias, a trabajadores de salud y a autoridades locales. La segunda fase cuantitativa contempló la aplicación de cuestionarios a equipos de salud y a personas migrantes internacionales. Las primeras dos fases, cualitativas y cuantitativas, fueron ejecutadas en forma simultánea entre marzo del 2021 y julio del 2022. La tercera fase traslacional se interesó en la integración de los resultados de las dos fases anteriores y su transferencia a tres productos aplicados concretos:

1. Una nueva propuesta de enfoque intercultural en salud con foco en población migrante internacional, orientada a la atención directa o "encuentro intercultural en salud", que se materializó a través de un libro de uso público lanzado el 2022.

LIBRO [Spanish] Cabieses B, Obach A, Urrutia C. (2021). Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. ISBN digital 978-956-374-055-4 <http://hdl.handle.net/11447/4357>

2. El diseño y pilotaje de un curso gratuito 100% virtual de entrenamiento sobre este nuevo enfoque intercultural específico para población migrante para equipos de salud, que aportase a la meta de la Política de Salud de Inmigrantes "Objetivo 2, línea de acción 1: constitución de equipos de salud interculturales". Este producto se materializó por medio de un curso online de 30 horas cronológicas

que fue piloteado como parte de la Escuela de Verano de la UFRO en enero del 2023 y evaluado positivamente por los más de 20 alumnos del curso.

CURSO ONLINE GRATUITO. Bases para una salud intercultural efectiva con personas migrantes y refugiadas. 30 HORAS, ESCUELA DE VERANO UFRO ENERO 2023.

3. Una propuesta de buenas prácticas en salud para equipos de salud que atienden población migrante internacional, que se materializó en un manual de apoyo al curso online (segundo producto de transferencia), también de uso público y complementario a los dos productos anteriores. En desarrollo en el momento en que este reporte fue elaborado.

Este reporte da cuenta de los *resultados generales de la fase cualitativa de este proyecto FONIS*, en concordancia con los productos científicos comprometidos en su adjudicación.

Descripción metodológica:

Esta fase consideró la realización de entrevistas semiestructuradas y grupos focales (entrevistas grupales) con los siguientes actores clave:

- (i) los equipos de salud primaria y terciaria,
- (ii) los usuarios migrantes y
- (iii) las autoridades sanitarias.

a) Selección de la muestra:

a. Para los equipos de salud: Se invitó a participar a por medio de correo electrónico o invitación presencial en reuniones de trabajo según la preferencia de cada centro, previa autorización de su director y del servicio de salud. Cuando fue posible y autorizado por el director, se envió invitación vía email institucional. Quienes declararon aceptar participar fueron contactados para la realización de la entrevista semi-presencial o grupo focal hasta alcanzar el tamaño muestral esperado.

b. Para los migrantes internacionales: Se invitó a participar a migrantes que estaban en salas de espera o a la entrada de consultorios u hospitales, conforme al personal del centro de salud, de manera de garantizar que fuesen individuos que estaban relacionados con el sistema de salud chileno formal y pudiesen, por lo tanto, transmitirnos sus percepciones y experiencias particulares.

Consentimientos y hoja informativa fueron elaborados en español y luego traducidos al idioma Creole para garantizar participación de población haitiana. Se contó también con reclutadores y facilitadores que hablaban fluidamente Creole como parte del equipo de investigación. Por limitaciones prácticas, la inclusión de personas haitianas al estudio ocurrió únicamente en Santiago, con lo que se pudo garantizar la calidad y utilidad investigativa de este procedimiento.

c. Para autoridades: Se invitó a participar a una lista ya conocida por el equipo de investigación de autoridades de salud y que posteriormente fue actualizada, que incluía: (i) referentes migrantes de salud pública Minsal, (ii) referentes migrantes de redes 16 asistenciales Minsal, (iii) referentes migrantes de servicio de salud de una de las cuatro comunas del estudio; (iv) referentes migrantes de APS de una de las cuatro comunas del estudio.

b) Recolección de la información:

a. Entrevistas semi-estructuradas: conversación cara a cara entre el/a investigador/a y el sujeto informante, donde se explora un tema mediante una guía de entrevista pre-estructurada.

b. Grupos focales: conversación en grupo que busca información de varias personas de manera simultánea donde se introducen mediante un guión los temas mediante preguntas generales, y que permite que los participantes interactúen, con el fin de lograr la construcción colectiva del discurso.

Se elaboraron guiones de entrevista y de grupo focal, los cuales fueron facilitados por investigadores entrenados del equipo. Tanto las entrevistas como grupos focales se realizaron en dependencias de cada centro primario o secundario, en salones reservados con autorización de las autoridades para este fin.

Todo fue grabado de audio para posterior transcripción palabra a palabra a Word. Los grupos focales se realizaron solo en idioma español. Para entrevistas que debían realizarse en idioma Creole (población haitiana) se contó con personal de apoyo que habla fluido el idioma para la realización y traducción al español de las entrevistas.

c) Tamaño de muestra:

- (i) Para los equipos de salud primaria se contempló un arranque muestral total de 16 entrevistas individuales y 4 grupos focales y para nivel terciario un arranque muestral total de 8 entrevistas individuales y 4 grupos focales por comuna
- (ii) Para los usuarios migrantes internacionales se consideró un arranque muestral total de 8 entrevistas individuales y 4 grupos focales por comuna,
- (iii) Para las autoridades sanitarias se contempló un arranque muestral total de 4 entrevistas individuales por comuna.

d) Análisis:

Todo el material fue transcrito Verbatim a Word, ordenados cronológicamente en códigos únicos confidenciales y analizados temáticamente en software NVivo y MAXQDA. Los temas de análisis respondieron a aquellos desarrollados en las preguntas de guión de entrevista y grupo focal, y basados en conocimiento previo del equipo en la temática.

Se permitieron temas y códigos nuevos toda vez que se identificase uno, permitiendo desarrollo flexible de los hallazgos y su estructura de codificación.

Tabla resumen de arranque muestral de participantes por comuna:

Comuna	Entrevistas totales (migrantes, equipos de salud, autoridades)	Grupos focales totales (migrantes, equipos de salud, autoridades)
Antofagasta	N 36 = 24 equipos salud + 8 migrantes + 4 autoridades	N 12 = 8 equipos de salud + 4 migrantes
La Granja	N 36 = 24 equipos salud + 8 migrantes + 4 autoridades	N 12 = 8 equipos de salud + 4 migrantes
Valparaíso	N 36 = 24 equipos salud + 8 migrantes + 4 autoridades	N 12 = 8 equipos de salud + 4 migrantes
Temuco	N 36 = 24 equipos salud + 8 migrantes + 4 autoridades	N 12 = 8 equipos de salud + 4 migrantes

HALLAZGOS CUALITATIVOS USUARIOS MIGRANTES



I. Apreciaciones generales del Sistema de Salud Chileno desde usuarios migrantes

I.I. Comparación entre Sistema de Salud Chileno y Sistemas de Salud de países de origen

En términos generales, en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, Metropolitana y Temuco existe una **buena valoración del Sistema de Salud Chileno** por parte de los usuarios migrantes. En la experiencia de cada una de estas personas se **destaca la atención y la calidad**, haciendo mención del **fácil acceso a insumos médicos**, como sillas de ruedas, en cuanto a la disponibilidad y las gestiones que deben realizarse para poder recibir este apoyo. Esta apreciación de rapidez y gestión expedita surge de la comparación directa con los países desde donde provienen. También se destacan como elementos positivos la **entrega de medicamentos y elementos nutricionales** tales como leche y sopa a adultos mayores, leche a niños y vitaminas a mujeres embarazadas.

En Temuco, los/as **usuarios/as haitianos/as**, mencionan el **acceso a servicios** que en su país de origen no tenían, lo que también se refleja en una apreciación positiva del Sistema de Salud Chileno por parte de los/as beneficiarios/as.

En Antofagasta, la **población colombiana destaca la dotación de especialistas y la preparación del personal** para atender a los usuarios, mientras que la población venezolana destaca la tecnología que se maneja dentro del sistema de salud. En las entrevistas realizadas también se recalca por parte de los/as **usuarios/as venezolanos/as el acceso a medicamentos** en cuanto a su rapidez y dispensación, siendo entregados por dentro del mismo Sistemas de Salud, a diferencia de Venezuela:

“Aquí (en Chile) lo que hacemos cuando llegamos, siempre la lista de las medicinas de todos los familiares para sacarle el suplicio de buscar donde la hay porque en Venezuela es así”.
(Usuaría venezolana, Antofagasta)

En el caso de **población migrante boliviana** de la comuna de Antofagasta, se **destaca la cobertura que ofrece el sistema de salud chileno**, en particular en tratamientos de alto costo, como el cáncer.

Tanto en Antofagasta como en La Granja, **se destaca transversalmente la atención a adultos mayores, el control niño sano y el apoyo que reciben las mujeres embarazadas** en relación con otros países. El nivel de compromiso y el seguimiento en las atenciones serían los elementos más destacados por los/as usuarios/as:

“Me mandaron con dentista, con nutricionista, como acá, me sorprendió por eso. (...) Y me dieron mi leche, mis exámenes me lo, me lo sacaron, gratis pues.” (Usuaría venezolana, Antofagasta)

“Aquí (en Chile) como que están más pendiente.” (Usuaría venezolana, Antofagasta)

En Temuco los/as usuarios/as enfatizan del Sistema de Salud Chileno aspectos relacionados a la **atención, la dedicación y el trato** que reciben de ciertos profesionales de los establecimientos de salud, quienes se destacarían en sus experiencias personales por entregarles toda la información que

requieren respecto a las atenciones, a afecciones, y a la recepción de las solicitudes y consultas que los usuarios les realizan. En el caso de los/as pacientes de Antofagasta, también es valorado positivamente el **juicio de los profesionales médicos y su capacidad para tomar decisiones adecuadas ante situaciones complejas** que priorizan la salud del beneficiario como ocurren en el caso de atención de urgencias. Respecto a la atención en diferentes centros de salud, destaca el trato y el ambiente que se genera en los consultorios de Temuco con el usuario en comparación con la atención en hospitales, elemento que sería relevante respecto a la percepción positiva al evaluar el Sistema de Salud Chileno:

“Ella me dijo que comparablemente al consultorio con hospital, puede decir que son dos cosas distintas. En el consultorio está como un grupo familiar, todos le conocían a ella, está más fácil para ella: “Ah, ven pa’ acá”, “cómo está usted”, “cómo está la salud”. Pero en hospital no es malo, pero la gente está más ocupada, no la conocían mucho, pero su servicio que da en el hospital son los mismos, no falta nada, sin discriminación, (...) sin problemas. En el consultorio está más comprensión, más afecto, más de todo, está muy bueno.” (Usuaría haitiana, Temuco)

Con relación a la **forma en que se organiza el Sistema de Salud Chileno, la existencia de una Sistema Previsional donde existe FONASA es un elemento bien valorado por los/as usuarios/as a nivel general**, quienes se ven beneficiados/as una vez han logrado regularizar su situación migratoria en el país. En Perú, algunos pacientes mencionan que existiría un Seguro de Salud (SIS) análogo a la cobertura de FONASA A, mientras que, en el caso de México, existiría el Instituto de Seguro Social que no entregaría la cobertura que tiene FONASA en el país:

“Lo que a mí me asombra, es Fonasa, porque en México, no hay Fonasa, allá está el Instituto de Seguro Social, que es donde van todos los trabajadores. Aquí Fonasa le da la posibilidad de ser atendida por algún especialista que esté inscrito y uno puede ir a la hora que se requiere. A mí me llamó muchísimo la atención, porque tiene mayor alcance. En México no, porque allá hay un hospital enorme, como el Hernán Henríquez, y solo puede atenderse con los especialistas que están ahí. Si uno quiere un particular tiene que pagar el total, o sea, no es que paga un bono.” (Usuaría mexicana, Temuco)

Otro aspecto puntual destacado del Sistema de Salud Chileno es el **manejo del COVID**, donde diferentes usuarios de la Región de Antofagasta narran haber sido movilizados con sus grupos familiares a residencias sanitarias. En el caso de la comuna de Antofagasta esto resulta relevante en comparación con los países de origen de los/as pacientes, quienes señalan que en otros lugares sólo fueron aislados dentro de sus casas, sin atender a sus condiciones de habitabilidad¹. En este sentido, la implementación de esta política pública en el manejo poblacional del COVID y el aislamiento se destaca en el discurso de los/as beneficiarios/as dentro de la región.

“Aquí Chile es como un poco más organizado que en otros países, por lo menos yo estuve en Perú y sé, mira, por ejemplo, aquí salió una persona, supuestamente, con COVID, y a todos

¹ Es importante recalcar que varias entrevistas fueron realizadas durante el proceso de pandemia y abarcaron a pacientes con distintos tiempos de estadía en el país, y pacientes que vivieron la pandemia de COVID en diferentes países e incluso transitando entre naciones.

nos mandaron para una residencia sanitaria, bien chévere [sic], un hotel, o sea, con sus baños, pues para ti, para tu esposo, y para la familia, pues nada más no tienes que estar contacto con otras personas.” (Usuaría venezolana, Antofagasta)

Por otro lado, los/as usuarios/as migrantes reconocen algunas **deficiencias en el Sistema de Salud Chileno** en contraposición a la experiencia que tienen en otros países. Principalmente, se señalan los siguientes ejes donde otras naciones se destacan por sobre Chile:

a. La **organización en la vacunación de niños/niñas** y la **vinculación de los centros de salud con sus comunidades** al respecto (esto particularmente en la experiencia de usuarios de Antofagasta):

“(…) nosotros íbamos casa a casa y nosotros tenemos anotados todos los niños que están para vacuna, nosotros ya sabíamos qué niño estaba para esa vacuna e íbamos ese día a la casa.” (Usuario colombiano, Antofagasta)

b. El **proceso de atención que en otros países prioriza la atención en salud por sobre la exigencia de documentación**. Para los/as usuarios/as de las comunas de Antofagasta, La Granja, Valparaíso y Temuco, esto supone un nuevo modo de relacionarse con el ámbito de salud ya que implica aprender nuevos procesos que deben realizarse para optar a prestaciones en salud en el marco del sistema chileno:

“En Chile, primero el carné (…) si tiene Fonasa, si es a, si es b, si es c (…) en eso siento el cambio tremendo.” (Usuaría colombiana, Antofagasta)

“(…) En eso se distingue mucho de Colombia independientemente del país que usted sea a la hora que usted llegue usted llega y lo primero le atienden una vez que ya este atendido y este más estable, ahí si le preguntan por su carné por sus cosas, si no puede pagar inmediatamente le mandan la trabajadora social y ella se ocupa de todos sus papeles y usted sale por la puerta grande como si hubiera pagado igual que cualquier ricachón.” (Usuaría colombiana, Antofagasta)

c. La **disponibilidad de profesionales para atender las necesidades de la población**, los **cupos de atención** tanto en APS como en ASS, la **disponibilidad de horas exclusivas para trabajadores** y la **priorización que se realiza en las atenciones de urgencia** son otros aspectos que los/as usuarios/as de las distintas comunas consultadas refieren como deficientes en la experiencia de salud en Chile respecto a la de otros países y que le ubicaría en un nivel similar respecto a la saturación de sistemas públicos extranjeros:

“(…) allá le decimos posta, posta médica, y digamos mi hija estaba mal y no era que cupo ni nada, la atendían a todos los que llegaban, así tenías hasta las 5 de la tarde ahí, pero a todos, a todos porque había dos doctores, entonces uno de repente para los crónicos y otro para los que estaban citados, pero los que son que iban por urgencias así de fiebre o dolor de barriga, a todos los atendían, era distinta la atención.” (Usuaría peruana, Antofagasta)

“Darles esas pequeñas horas (horarios de atención exclusivos) a los trabajadores, darle una hora que son 4 atenciones, uno sale satisfecho, porque debe ir a trabajar, este bueno, si la

persona requiere una licencia, bueno, pero no es ir a trabajar enferma. Porque a mí me ha tocado ir a trabajar sintiéndome muy mal, porque no encuentro hora aquí, o no encuentro un especialista, o cuando llega a haber algo, aquí uno no se puede enfermar porque no hay ni por Servicio, ni por privado, eso diría , que traten de equilibrar la balanza, porque la persona trabajadora es la que también mueve al país.” (Usuaría mexicana, Temuco)

“Tengo un amigo que se quebró una rodilla por el futbol, dijo que le enviaron con unas pastillas que no eran para lo que él tenía y lo mandaron para su casa, allá en Venezuela, aunque las cosas estaban caras, ahí mismo te lo hacían todo al tiro.” (Usuario venezolano, Antofagasta).

Comparación entre Sistema de Salud Chileno y Sistemas de Salud de países de origen
Valoración positiva del Sistema de Salud Chileno:
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Atención y calidad ⇒ Fácil acceso a insumos médicos ⇒ Entrega de medicamentos y suplementos nutricionales ⇒ Atención a adultos mayores, control niño sano y mujeres embarazadas ⇒ Acceso a servicios (población haitiana) ⇒ Dotación de especialistas y preparación del personal (población colombiana) ⇒ Acceso a medicamentos (población venezolana) ⇒ Cobertura en tratamientos de alto costo (población boliviana)
Valoración positiva de la forma organizacional del Sistema de Salud Chileno:
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ FONASA ⇒ Manejo de la pandemia de COVID-19
Deficiencias del Sistema de Salud Chileno
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Organización vacunación de niños/as ⇒ Vinculación centros de salud con comunidades ⇒ Exigencia de documentación por sobre la atención en salud ⇒ Disponibilidad de especialistas, cupos de atención, priorización a las atenciones de urgencia.

I. II Percepción de la atención en salud en Chile

Con relación a la percepción de la atención en salud, los/as usuarios/as de las diferentes comunas señalan tener tanto **impresiones generales positivas como negativas**. Esto quedaría relegado a sus experiencias personales y a las diferentes impresiones que reciben por parte de otras personas, tanto chilenas como extranjeras, vecinos/as, compañeros/as de trabajo, familiares, etc. Quienes han señalado haber tenido **buenas experiencias en el sistema público y/o privado**, en atención primaria y secundaria **reconocen la posibilidad de ser casos excepcionales** y no necesariamente representar la opinión generalizada de otros/as beneficiarios/as. De la misma manera, señalan que, si bien tuvieron la posibilidad de ser **orientadas en el sistema de salud** respecto a sus derechos en salud, conocen experiencias directas de personas que no recibieron esta información o que incluso fueron animadas desde otros establecimientos de salud a autodenunciarse para regularizar su situación.

Otro aspecto relevante en las distintas experiencias de los/as usuarios/as migrantes y que permite otorgar evaluaciones positivas a la atención en salud en Chile es el **trato**. Algunas personas señalan estar agradecidas del trato recibido en su proceso de atención, independientemente de si esta atención se refiere a personal administrativo, a la atención en mesón o la experiencia con los equipos de salud. En esta línea, **se destaca del personal de salud su calidez y su cercanía**:

“Yo creo que como que, bueno mi experiencia es que han tenido como un interés o una preocupación como que “ah, ya ¿Cómo sigue? ¿Cómo esta?”. Me pasa que a veces voy al CESFAM, solo a buscar las leches y una enfermera que lo atendió (*a su hijo*) hace meses, me pregunta que ¿cómo estoy?, ¿cómo están los niños?, “¿Cómo siguen sus niños?” y ese tipo de cosas como que se acuerda. Eso me sorprende igual. Son re cariñosas.” (Usuaría venezolana, Valparaíso).

Sin embargo, existen quienes destacan que personas cercanas han recibido **malos tratos**, actitudes **relacionadas más a la formación profesional** del personal de salud, **al estrés propio que sufre el equipo de salud** en general y a las **malas relaciones laborales experimentadas por quienes trabajan en centros de atención en salud**, más que a actos discriminatorios o xenófobos. En este sentido, la percepción de malos tratos es señalada como una experiencia que vivencian tanto migrantes como locales en los centros de salud y que se comparte en conversaciones cotidianas que acaban por generar miedo, contribuyendo al desconocimiento del Sistema de Salud y que potencialmente podría afectar el acceso al mismo:

“(…) la gente me hacía asustar, me decían “y qué vas a hacer tú si tú eres operada del corazón, en cualquier rato te da, acá cuesta un ojo de la cara, los doctores son malos”. (Usuaría peruana, Antofagasta)

Por otro lado, también **se valoran de manera negativa los aforos reducidos causados por la pandemia** de COVID, debido a que, al limitar el ingreso de personas a las consultas, les **impide asistir con acompañantes**, quienes muchas veces interpretan/ traducen/ o median entre los equipos de salud y el paciente. En particular, los/as usuarios/as señalan que esto sería **crítico en la experiencia en maternidad donde se permite el ingreso solo a la paciente sin su pareja y/o acompañante**. Pese a ello, un elemento **valorado positivamente producto de la pandemia ha sido el seguimiento de los embarazos** a través de las hospitalizaciones domiciliarias.

Los/as pacientes migrantes también expresan percibir diferencias entre el sistema público y el sistema privado en salud. Por un lado, las **atenciones en el sistema privado** se caracterizarían por su **rapidez**, por la mayor **disponibilidad** para atender situaciones de urgencia y por un **amplio otorgamiento de servicios pese al costo implicado**. En ocasiones, también se mencionaría **el acceso a un mejor diagnóstico** ante situaciones complejas en salud.

En el caso de la comuna de La Granja, Antofagasta y de Temuco, **algunos usuarios refieren preferir la atención particular por sobre la atención pública** en tanto al ser considerada “más rápida”, **implicaría menos tiempo en un centro de salud y**, generalmente, una **atención puntual** sin grandes tiempos de espera en la atención, lo que les permitiría gestionar de mejor manera los permisos otorgados en sus trabajos:

“(…) Uno cuando trabaja no dan tanto tiempo para salir a los hospitales o a hacerse tratado. Entonces, esa es la idea de atenderse por el sistema particular.” (Usuaría peruana, La Granja)

Lo anterior, es mencionado transversalmente por migrantes que tienen un mayor tiempo en el país (por sobre los 10 años) y que han logrado regularizar su situación migratoria, y que, en consecuencia, han encontrado una mayor estabilidad económica que les permite contar con Previsión y, por ende, comprar bonos de atención. En este sentido, quienes pueden acceder a atenciones privadas optarían por utilizar ambos servicios dependiendo de la necesidad de salud que se presente.

Por último, se debe mencionar que los/as usuarios/as migrantes identifican **diferencias en la atención entre distintos centros de salud dependiendo de la cantidad de atenciones que concentran algunos debido a la alta densidad poblacional**, así como también desorganización y poco interés desde las autoridades sanitarias por aquellos centros que reciben menos población.

Percepción de la atención en salud en Chile
Impresiones positivas de la atención en salud
⇒ Orientación respecto al sistema de salud.
⇒ Trato; personal de salud cálido y cercano.
Percepciones negativas de la atención en salud
⇒ Malos tratos debido a formación profesional, estrés laboral y malas relaciones laborales.
⇒ Reducción de aforos por pandemia. Impedimento de asistir a centros de salud a consultas y a partos con acompañantes.
Diferencias entre sistema privado y público: rapidez, disponibilidad, acceso a prestaciones, acceso a mejor diagnóstico, y tiempos de espera en salud.
Diferencias en la atención entre distintos centros de salud de acuerdo a densidad poblacional.

I.II.I Cobertura y costos

Los/as usuarios/as de todas las regiones consultadas entregan, en términos generales, **buenas valoraciones de la cobertura de salud y los costos asociados en el sistema público de salud** (esto principalmente aplica a quienes cuentan con la asignación de un tramo en FONASA).

Por otra parte, la percepción de **quienes aún no cuentan con su inscripción en FONASA** (migrantes de ingreso recientes al país que no han regularizado su situación migratoria, o que han ingresado por pasos no habilitados) varía de acuerdo con la experiencia personal de cada uno/a de ellos/as, señalando que **en algunos casos los costos son bajos y asequibles, como la atención en embarazo, y, en otros casos, elevados a tal nivel que pueden ser incosteables**, además de no ser inmediatas.

En el caso de las **personas más vulnerables que pertenecen al tramo A de FONASA**, éstas señalan que pueden **atenderse única y exclusivamente en el sistema público** debido a los costos asociados a buscar atención en el sistema privado y a la imposibilidad de comprar bonos. De esta manera, para este grupo se vería **dificultado el acceso a especialistas** que puedan atender sus dolencias/afecciones, generalmente viéndose obligados/as a esperar por horas para meses e incluso años más adelante en el sistema público.

Cobertura y costos
Pacientes con RUT inscritos en sistema de salud público
⇒ Valoración positiva de la cobertura y costos asociados a atenciones.
Pacientes sin asignación tramo FONASA
⇒ Costo bajo dependiendo de la ocasión (embarazos), pero costos altos para otras enfermedades.
⇒ Tramo A: imposibilidad de elección en atención; dificultad de acceso a especialistas.

I.II.II Discriminación

Pese a que como se señaló con anterioridad, la mayoría de los/as usuarios/as que se encuentran dentro del país perciben que las atenciones que reciben son “de buena calidad”, esto no implica necesariamente que no experimenten o no hayan experimentado situaciones de discriminación.

En la Región Metropolitana y en la Región de la Araucanía, algunos usuarios señalan haber percibido **actos discriminatorios en los centros de salud en la atención recibida** y en el juicio de algunos profesionales del área administrativa por el único hecho de ser consultantes migrantes, incidiendo directamente en la **negativa ser atendidos o siendo postergados**:

“Pero él, como el afectado, sí. Él dice que, porque él era venezolano, y lo escribió, se lo dijo a la doctora en la UCI, le dijo 'por favor no me dejen morir, soy venezolano y tengo hijos'.” (Usuaría venezolana, La Granja).

“En una oportunidad, cuando lleve a mi hijo en esa urgencia, casi que salgo llorando, porque la profesional que nos atendió, la pediatra, ella apenas notó mi tono de voz, me preguntó: “tú no eres de aquí”; yo le digo, “no”. “¿De dónde eres?” Digo de Venezuela. (...) yo me preguntaba dentro de mí, qué tiene que ver esto con la atención que ella le entregue a mi hijo. Porque cuando aún yo no soy chilena, pero mi hijo es chileno.(...) luego me preguntó, como 4 veces, como me llamaba, entonces a la quinta vez, que me lo preguntó, yo le digo, “disculpe, pero quiere que se lo escriba en su computador, se le hace más fácil, que yo se lo escriba”, “no, no, lo que pasa es que no es un nombre común”. Entonces yo le dije, “entiendo que acá en Chile no se usa, es entendible; como en Venezuela no se usa Francisca, ni Fernanda, y no por eso, le digo yo, nosotros tenemos que andar preguntando ni 5, ni 6 veces el nombre a una persona”, le digo, entonces después, me hizo como 7 veces la pregunta, desde cuando el niño estaba así, y “disculpe” le dije, “cuántas veces le tengo que repetir, o sea, o usted está pendiente de mi atención, la atención del niño, o tiene su mente en otro lugar”. Entonces cómo que a ella no le gustó mucho mi respuesta (...) me preguntó (...) por qué me atendía en CESFAM metodista, si mi consultorio era Miraflores, (...) ella me hace hincapié, que a mí no me corresponde, ese CESFAM, entonces yo le digo que estoy claramente consciente que no me corresponde ese CESFAM, pero como sabemos todos, que por la ley 185, todos podemos inscribirnos, como cualquier ciudadano se puede inscribir en el CESFAM que quiere, y que hay otra atención, o por lo menos las atenciones de domicilio, que si no está en el perímetro que le corresponde a ese centro médico, obviamente no se nos puede prestar atención (...). Después yo le dije, “a usted no le corresponde indagar donde estoy inscrita, ¿por qué hace tanto hincapié en esto?”, le dije, “yo vengo a pedir atención porque mi hijo tiene demasiada fiebre, vine a urgencia”. Entonces me dice “si tú estarías inscrita en Miraflores, entonces recibirías la urgencia”. “Pero yo no lo estoy”, le dije, entonces me dice, “la atención debes pedirla directamente en el metodista, de ahí que te deriven a un broncopulmonar”. (...) Yo le llevé una radiografía que le había tomado a mi hijo y ella tenía el CD puesto en el computador, le dije, “me devuelve el CD, por favor”; me dice “yo te lo devolví, no te has dado cuenta, quedé sorprendida”, qué desagradable, dios mío, y le digo, “lo tiene usted todavía en el computador, puede revisarlo, por favor”. Entonces me dice, “no, revisa tu bolso, acá no está”; yo de lo más calmada, para no discutir con ella, después ella lo vio en el computador y sacó el CD. (...) Yo no vine a pedir un favor, solamente que lo atiendan,

entonces si es por mi nacionalidad, si es que le molesta mi voz, si no le gusta que use el servicio; resulta que mi hijo la tiene porque es chileno. Y salí de ahí molesta (...). Primera vez que un profesional de Chile me trata así.” (Usuaría colombiana, Temuco)

En la comuna de Antofagasta, algunas **mujeres migrantes** relatan que han sido sujeto de **cuestionamiento respecto a la calidad de su maternidad**, situación que ellas perciben como discriminación en tanto no se aplican estas mismas pautas de prejuicios a las personas chilenas. Otras usuarias también señalan haber sido **tratadas con burla o sorna** por sus las necesidades de atención en salud por las que han acudido a urgencias, como en el caso de una paciente que al dirigirse a urgencia de ASS se le cuestionó su condición de adulta debido a que fue catalogada como “una bebita, (que) no sabe comer”.

Al igual que en la Región de Antofagasta, en la Región Metropolitana, existen **usuarios hombres** que **han sufrido discriminación** en los centros de salud por su condición de migrante, que **pone en tela de juicio su paternidad** responsable:

“Como él (hijo) nació y falleció su mamá, éramos un caso social. O sea, mi hijo y yo éramos un caso social y estábamos bajo la lupa de un asistente social. Yo soy extranjero, soy hombre, entonces no estoy capacitado para criar un niño. (...) “es que es extranjero, es papá y que en cualquier momento lo abandona y qué” ... Y eso me preocupaba siempre.” (Usuario peruano, La Granja).

Otros usuarios migrantes de las comunas de Antofagasta y Valparaíso también indican haber vivido **discriminación causados por aspectos idiosincráticos o culturales**. Respecto a la atención en la recepción, las **personas de ascendencia indígena** o de “culturas más silenciosas” tenderían a ser **ignoradas** o recibir tratos que caracterizan como “déspotas” en aquellos espacios donde existen funcionarios/as de salud que incurren en este tipo de actitudes. Asimismo, dan cuenta de la **atención preferencial por poseer ciertos rasgos físicos entre el personal masculino**, como el hecho de ser “más morenita”, o incluso, **en el caso de migrantes internacionales** provenientes de Estados de Bienestar, por **tener origen en el continente europeo**:

“Aquí voy a hablar de un tema escabroso (...) cuando llegas a un hospital o llegas a un sitio y te sale el acento español te atienden de puta madre, así te lo digo. Es algo que no soporto, es algo que no soporto porque, te aseguro que si llega el haitiano, con mi mismo problema, al haitiano no lo atienden igual, y ahí es donde me duele, pues somos todos iguales, o sea pues a mí me han tratado espectacular. He ido allí y el pasaporte y tal, español, ¿ya y qué tal? Rápido, camilla ya, encantado, pero que sea con todos igual”

En el caso de Temuco, hacia usuarios/as que no tienen como lengua materna el español, también se darían **actitudes discriminatorias relacionadas al ámbito lingüístico**:

“Cuando uno se va al hospital sobre todo los que no hablan nada español, a veces no se entiende bien lo que está diciendo el paciente, pero a veces no hacen caso de ellos.”

“(Discriminación) verbal no, pero actuando si, por ejemplo, preferir un paciente o dejarlo de lado porque sabemos que no va a entender, es una forma de discriminación, yo entiendo que

quieran destacar y avanzar rápido pero el hecho de ser extranjero, por el hecho de, de donde uno proviene le es difícil la comunicación entre ambas partes entonces algunos tienden a dejar de lado por otros pacientes.”

Estos **actos discriminatorios afectarían directamente la adhesión a tratamientos e incidirían en el acceso al sistema de salud**, ya que, en ocasiones, no se les entrega a los/as usuarios/as la posibilidad de recibir atención o se posterga derivándoles a otros centros asistenciales. Ante la solicitud que ha existido por algunos usuarios de querer denunciar esta situación, desde los establecimientos de salud se les indica que debe quedar consignado en el libro de reclamos, libro que, al ser solicitado, no se encuentra disponible. En otros casos, los/as pacientes también optan por omitir realizar denuncias de esta situación por la condición de vulnerabilidad en que se encuentran y por su urgente necesidad de atención en salud, así como también por querer evitar conflictos con autoridades.

Discriminación
⇒ Negación o postergación de la atención.
⇒ Cuestionamiento a roles (maternidad y paternidad).
⇒ Trato despectivo (burla).
Discriminación por aspectos culturales e idiosincráticos:
⇒ Discriminación por origen y características culturales de las personas (población indígena).
⇒ Discriminación por aspecto físicos.
⇒ Discriminación por lengua.

I.III Información sobre el Sistema de Salud Chileno

Los/as **usuarios/as de la comuna de La Granja**, reciben información del Sistema de Salud Chileno **mayormente dentro de espacios laborales**, a través de compañeros de trabajo, jefaturas, o reclutadores que les indican dónde acudir para obtener exámenes, en particular durante la pandemia donde para diversos trabajos se exigió y aún se exige PCR negativa. La información que recibirían **a través de vecinos/as, parientes lejanos chilenos o parientes que comparten nacionalidad pero que llevan mayor tiempo en el país**, también sería para esta población un espacio informativo relevante. **En menor grado, los/as pacientes acuden directamente a centros asistenciales para recibir información**, relacionándose esta actitud mayormente a usuarios/as migrantes que no poseen mayores redes de apoyo dentro del país. En este sentido, la información que reciben mayormente los/as migrantes respecto del Sistema de Salud Chileno lo reciben a través de canales de información “no formales”.

En la **comuna de Antofagasta**, el **conocimiento que tienen los usuarios migrantes respecto al acceso a la salud es entregado por diferentes redes de apoyo, como familiares radicados en el país** que ya llevan un tiempo siendo beneficiarios del sistema de salud, **y a través de vecinos/as de la comunidad** que se encuentran en su misma situación vulnerable y de indocumentación que comparten su experiencia de atención en salud con el resto de la comunidad. La mayor diferencia respecto a la realidad de las otras comunas consultadas es que, **dentro del espacio barrial vecinal, existe un trabajo comunitario con los centros de salud** que se encuentran dentro de los territorios de los barrios, donde activamente participan algunos/as funcionarios/as de estos establecimientos realizando mesas de trabajo con el objetivo de difundir activamente a la población información sobre las prestaciones que se ofrecen en los Consultorios, CESFAM o CECOSF, la manera de poder acceder a éstas, y de otros servicios que se entregan dentro de estos lugares, como el control niño sano, o la entrega de medicamentos.

Los/as **usuarios/as haitianos/as de la comuna de Temuco**, a diferencia de lo que ocurre en otras localidades, participan activamente de **agrupaciones religiosas** (evangélicas, cristianas, bautistas), grupos que no solo constituirían redes de apoyo comunitario, sino que también serían **canales desde donde reciben gran parte de la información que adquieren sobre el Sistema de Salud Chileno**, situación diferente a personas de otras nacionalidades que no buscan pertenecer a colectivos y grupos, tanto en la realidad local como en comparación a las regiones de Antofagasta, Valparaíso y Metropolitana:

“Principalmente lo que yo hice como somos de una familia cristiana, nos congregamos a la iglesia más cercana y ahí fuimos preguntando y fuimos indagando de cómo funciona todo lo del consultorio que uno se tiene que inscribir para recibir atención médica, también los consultorios que tienen no solamente policlínico sino que también de urgencias y ahí fuimos conociendo cómo funciona en caso de tener alguna urgencia y poder responder.” (Usuario haitiano, Temuco)

Para usuarios/as de otras nacionalidades, la búsqueda de información ocurriría de manera similar a la hallada en otras regiones, es decir, recibiendo orientación de familiares, cercanos, compañeros/as de trabajo, o asistiendo directamente a los centros de salud.

Información sobre el Sistema de Salud Chileno

En la comuna de La Granja, la población migrante recibe información del Sistema de Salud Chileno:

- ⇒ En espacios laborales.
- ⇒ A través de vecinos/as y/o parientes que llevan mayor tiempo en el país.
- ⇒ Directo de centros asistenciales

En pacientes de la comuna de Antofagasta:

- ⇒ En primer lugar, desde redes de apoyo vecinales o por familiares ya radicados en el país
- ⇒ Se menciona que dentro del espacio barrial existe un fuerte trabajo comunitario con los centros de salud.

Usuarios/as haitianos/as:

- ⇒ Fundamentalmente, acceso a información sobre el Sistema de Salud Chileno a través de agrupaciones religiosas.

II. Experiencia en atención en salud

Los **principales motivos** que llevan los/as usuarios/as migrantes **a acceder a atención en salud**, son el **control y la planificación del embarazo** en el caso de mujeres, el **control de niño sano** en el caso de niños y niñas, la **necesidad de medicación o de otorgamiento de tratamientos en el caso de pacientes crónicos y/o adultos mayores** que llegan a inscribirse a centros de salud aconsejados y guiados desde hospitales u otros servicios, y, en última instancia, **la necesidad de atención de NNA migrantes a cargo de organismos del Estado como SENAME.**

Por otra parte, las experiencias de **acceso a la atención secundaria en salud principalmente ocurren**, en el caso de embarazos y otras situaciones complejas de salud, **a través de derivaciones directas de centros primarios, o de clínicas privadas, o por ingreso directo de usuarios/as** al reconocer que su necesidad de atención en salud requiere de especialistas que no se encuentran en APS.

Motivos para el acceso a la atención en salud:

- ⇒ Control y planificación embarazo
- ⇒ Control niño sano
- ⇒ Medicación y acceso a tratamientos pacientes crónicos y/o adultos mayores
- ⇒ Atención NNA migrantes a cargo de SENAME
- ⇒ Derivaciones desde APS o ATS o ingreso directo de usuarios/as

II.1 Experiencia en atención en salud: recepción mesón en APS y ASS

Respecto al acceso a la atención primaria en salud, es sumamente relevante el **rol que tiene el mesón** para las personas migrantes. Este espacio del mesón, tanto en APS como en ASS actuaría como la **primera barrera de acceso a la atención o como el primer facilitador del acceso al Sistema de Salud Chileno**. En este sentido, la impresión y la recepción que realiza el/los profesionales que se desempeñan en ese espacio son fundamentales para generar el primer vínculo con el paciente, propiciar el acceso y contribuir a la adhesión al Sistema de Salud y a los tratamientos.

Respecto a la recepción que se tiene en este espacio, se menciona el hecho de que existe personal que en el momento en que se encuentra atendiendo público, se encuentra interactuando con aplicaciones de smartphones, realizando pausas entre atenciones a pacientes para tomar cafés o conversando con otros/as trabajadores/as. Esto, desde la perspectiva del usuario/a, les entrega la impresión de que el personal de recepción no valora el tiempo que, en el caso de muchos de ellos/as, han tenido que gestionar con sus lugares de trabajo con permisos de salida o de ingreso tarde a sus labores, y/o asumiendo el respectivo descuento de horas que esta ausencia en sus espacios laborales implicaría.

Si bien el trato que tiene el personal de recepción del mesón con los/as usuarios/as migrantes es valorado positivamente de manera general en las diferentes comunas, existen **casos donde los/as pacientes señalan falta de “empatía” y de una atención “humana”**. Algunos/as usuarios/as que se caracterizan por asistir recurrentemente a los centros de salud, tanto para atender sus molestias, o cumplir con controles programados para su atención, expresan disconformidad con el trato recibido en este espacio en tanto reciben comentarios como el siguiente:

“Todos los días te veo acá, mejor te vamos a armar una casita...”. (Usuaría peruana, Antofagasta)

Estas actitudes no contribuirían con el objetivo preventivo que tiene la APS al enjuiciar al paciente que asiste recurrentemente y se preocupa por su salud, lo que podría causar un alejamiento de estos/as de usuarios/as de los centros de salud por no recibir un buen trato, ni un reforzamiento positivo a la preocupación activa por su estado de salud.

Dentro de la comuna de Antofagasta, algunos/as usuarios/as migrantes señalan que pueden relacionarse con personas que en la recepción les den malos tratos, sin embargo, **quienes reciben evaluaciones negativas son aquellos/as trabajadores/as que no resuelven ni gestionan las necesidades de atención** que se plantean dentro de la recepción. De este modo, el aspecto transable en la recepción para este grupo de migrantes es el carácter/personalidad de quien oficia como recepcionista, pero no su capacidad de gestionar y dar soluciones a las necesidades de atención en salud:

“(…) vino una niña que tenía el bebé en brazos, estaba llorando, lloraba y yo le consulto “¿qué te pasa?, me dice “No es que necesito hablar acá, con la asistente social” yo le digo “Acércate al mesón y habla”, se acerca al mesón y le dice a la señorita que quiere hablar con la asistencia social y ella “No, está ocupada, va a salir a trabajar en terreno”, yo le digo “Pero necesita hablar, ¿no la ve cómo está?”, y me dice “No es que está ocupada, no la puedo molestar y

luego se tiene que ir a terreno” y así, cortante (...) ella seguía y lloraba en la puerta, entonces dice “ya con la psicóloga porque necesito que me atiendan urgente...” y tampoco, no le dejaban ingresar donde la psicóloga, (...) la señorita necesitaba ayuda porque creo que estaba escapando de la casa, pidiendo ayuda acá, pero nadie la ayudó... La miraban, le preguntaban qué te pasa y le decían no pueden atenderte y le daban la espalda.” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

Experiencia en atención en salud recepción mesón en APS y ASS

- ⇒ Rol de recepción mesón: propicia o entorpece el acceso a la salud, es barrera o facilitador.
- ⇒ Falta de empatía y de atención “humana” en este espacio.
- ⇒ Trabajadores/as evaluados/as negativamente aquellos/as que no gestionan ni resuelven necesidades de personas migrantes.

II.II Experiencia en atención en salud: equipos de salud de APS y ASS

En términos generales, tanto los equipos de salud de APS y ASS en todas las comunas consultadas reciben comentarios positivos y negativos dependiendo de la experiencia particular de cada paciente. Sin embargo, es importante recalcar que la **valoración de la labor y la atención recibida durante la consulta es positiva**, y los elementos que se mencionan a continuación se relacionan con aspectos negativos que se repiten en las experiencias de usuarios/as de Antofagasta, Temuco, Valparaíso y La Granja.

Respecto a la atención primaria en salud, **los aspectos negativos que los/as usuarios/as destacan de los equipos de salud son**, principalmente, la **poca atención a los síntomas** indicados por los/as pacientes, y la **“negación de la atención”** por parte del personal de salud:

“(…) nadie había venido para dentista, nadie, ni uno, esta señora fue recién la primera que llegó y dijo “¿Aquí alguien esperando para dentista?” (…) “Creo que no, y nadie dice nada, creo que usted es la única”, y de ahí la señora se pone (…) porque igual atienden de acuerdo al orden de llegada, así sea dentista o lo que sea, pero todos tienen que pasar por el mesón para registrar el ingreso, entonces la señora se pone a la fila (…) se va a preguntar al frente para ver si la van a atender, “disculpe, le dice, ¿Para dentista?” le dice al caballero, entonces él le dice “No tengo cupo hoy día, los cupos están ya listos” y yo estoy viendo de que nadie ha pasado a registrarse para dentista o tal vez ya tenía las horas tomadas, no sé…” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

En contraposición a lo anterior, los/as usuarios/as migrantes destacan como **características positivas de un profesional de la salud** de atención primaria la atención por **sobrecupo y la flexibilidad** para acomodar horarios de trabajo a la demanda de atención en los centros de salud, actitud que es leída como comprometida con la comunidad y contraria a la “negación a la atención” anteriormente mencionada. Por otro lado, el **prestar atención a los pacientes, a los síntomas y relatos de su sintomatología, y a sus historias de vida** está relacionado a lo que los usuarios migrantes indican como un profesional de trato “humano” y “dedicado” a la atención:

“Le pregunta todo, donde le duele, como le duele, cuando le empezó el dolor, que siente esto, que lo otro, se le ve ese amor, ese cariño, recomienda los medicamentos que realmente le hacen bien a uno, si uno iba un lunes decía te quiero volver a ver el viernes para ver como sigues para evaluarla, para saber cómo vas, si le ha sentado esto bien (…)” (Usuaría colombiana, Antofagasta)

En el caso de la ASS, es relevante mencionar que la labor de los equipos de salud se evalúa positivamente si efectivamente se le brindó al paciente una atención en salud que atendiera su necesidad. En este sentido, la existencia de aspectos negativos tangenciales que se relacionan a la experiencia de familiares y visitas no cambian esta percepción de “buena atención” si es que finalmente se brindó el servicio:

“Eh, pues yo digo que fue bien, o sea lo atendió bien. A mí me interesaba que lo atendieran a él. (…) Como mamá indistintamente de migrante o no, todas las que estábamos ahí, lo pasábamos... como dormir en una silla, super incomodo...” (Usuaría venezolana, Valparaíso)

Por otra parte, también se identifican eventos que son señalados como “negligentes” en cuanto a intervenciones realizadas y tratamientos aplicados en el ámbito de la ASS por los equipos de salud, como recibir malos tratos físicos durante las hospitalizaciones, como la experiencia de “atar a adultos mayores” a la cama durante hospitalizaciones, o la desatención a pacientes durante el proceso de cirugías y en la hospitalización que empeoran el estado de salud del paciente:

“(…) Lo que significó la traqueotomía es simplemente un examen que tenían que hacerle a las vías aéreas, que no se le podía hacer. Lo quisieron hacer dos o tres veces el examen. Primero quisieron ver con unas camaritas, la segunda con rayos X y no se pudo porque respiraba muy agitado, que es lo normal en él (su hijo), entonces no se podía. Y la tercera opción era un escáner y no se pudo, así que la cuarta opción fue dormir al bebé y poder ingresar así, para hacer el examen. Y por culpa de ese examen quedó con traqueo. Dijeron "no, es un simple examen, no pasa nada" los doctores, y al final dicen que quedó medio mal y que se complicó más y más y al final terminó en la UCI. Él no tenía nada, sólo respiraba agitado, pero era normal en él. Así nació, así estaba bien. Ahora ha aprendido a hablar por su respiración, bajito. Pero es como que susurrara, así habla. Yo veo que esa fue una mala experiencia, por hacer un examen que se podía hacer de otra forma. Para mí lo agarraron de conejillo de Indias, porque es un caso especial y lo agarraron así y pasó eso.” (Usuario peruano, La Granja)

“De parte de los doctores, no. Yo me entero de todo porque él estaba consciente, él escuchaba todo. Y en el momento, que le coleccionaron los dos pulmones, porque él venía de una trombo, porque cuando lo entubaron, a él le dio una trombo. Y él estaba tomando un medicamento, entonces, un doctor cuando va a operar a una persona y viene con un reporte, que es lo que ha tenido el paciente, que tuvo o no en el momento de la entubación, él tiene que dar cuenta. No sé qué pasó. Él me dijo 'ese tipo fue, me agarró' y se lo hizo mal, me dijo 'me tiró, me dejó allá botado. Cuando la anesthesióloga me vio allá ya estaba como burbujeando la sangre por la boca'. Si él se estaba muriendo, lo salvó la anesthesióloga que estaba ahí, que ella no sabía nada de eso y automáticamente pide asustada que la ayudaran. Estuvo un mes y dos semanas hospitalizado en el Padre Hurtado, estuvo en la UTI, en la UCI. (...) Sí, el chileno lo cagó en el pabellón, lo dejó tirado, y, si no fuera por la anesthesióloga, él se fuera muerto.” (Usuaría venezolana, La Granja)

En cuanto a la experiencia de **mujeres embarazadas en APS y en ASS**, ésta también genera diferencias de percepción en las usuarias. **Mientras por un lado se destaca el cuidado, la atención de los profesionales de la salud, el seguimiento y el estar pendientes** a la situación particular de cada paciente, como **aspectos negativos** se señalan la **inducción de cesáreas de emergencia al extender los tiempos de espera para dilatación**, situación que estaría normada por protocolo de acuerdo con la información que los/as mismos/as usuarios/as han recibido por parte de los equipos de salud.

Experiencia en atención en salud equipos de salud de APS y ASS

- ⇒ Aspectos negativos: poca atención a síntomas, “negación de la atención”. En caso mujeres embarazadas, inducción de cesáreas de emergencia por extensión tiempo de espera para dilatación.
- ⇒ Aspectos positivos: en caso de mujeres embarazadas, seguimiento de su atención, cuidado, atención en consulta de profesionales de la salud.
- ⇒ Características valoradas positivamente de un profesional de la salud: disponibilidad para atención por sobrecupo, flexibilidad para atender en otros horarios, atención a síntomas y relatos de vida que afectan al proceso de salud-enfermedad.

II.III Experiencia en atención en salud: personal administrativo APS y ASS

Tanto en las comunas de Antofagasta, como Temuco, La Granja y Valparaíso, existe una **buena valoración al personal administrativo de atención primaria y secundaria, fundamentalmente la labor realizada por el personal de asistencia social**. En comparación con la recepción del mesón, el personal administrativo propiciaría todo aquello que algunos/as funcionarios/as de recepción dificultarían: la entrega de cupos, la atención de emergencia, la excepcionalidad ante situaciones de urgencia, la gestión de la atención en cuanto a la entrega de NIP y la apertura de ficha FONASA.

Se valora positivamente que el personal administrativo sea un **equipo con capacidad de gestión y de respuesta**, que a la vez sea **“cercana y comprometida con la comunidad”**:

“Va tocando la puerta, que va preguntando, que va anunciando, vacuna en tal parte, nos manda todo el... PCR en tal...” (Usuaría peruana, Antofagasta)

“La asistente social tan buena persona, desde que llegué nos atendió super bien, le agradezco mucho por su atención por su comprensión, nos explica, nos da razones.” (Usuaría peruana, Antofagasta).

“No, si sale y nos explica, porque había una señora que se quejaba igual que cómo van a haber 8 cupos, que mi hijo está enfermo, pero la señorita dice en todo caso “no se preocupen, vamos a ver, voy a hablar con la enfermera, pero los va a atender al último”, y depende si está con fiebre, pero no nos bota, nos da una opción” (Usuaría peruana, Antofagasta)

Los aspectos que generan **valoraciones negativas** por parte de los/as usuarios/as migrantes se relacionan a **gestión de temas administrativos tales como la poca o nula comunicación con las familias de adultos mayores en caso de hospitalizaciones, la interposición de medidas de protección** sin realizar entrevistas ni dar aviso a familiares frente a casos catalogados como sociales o de vulneración de derechos y, en algunos casos, **la dificultad de poder acceder a atenciones con asistentes sociales** (en este último caso, propiciado por la poca dotación de personal administrativo y la consecuente baja disponibilidad de atenciones a pacientes en algunos establecimientos de salud).

Experiencia en atención en salud personal administrativo APS y ASS

- ⇒ Valoración positiva general a personal de asistencia social por capacidad de gestión y respuesta, y por compromiso con las comunidades.
- ⇒ Apreciaciones negativas en cuanto a la comunicación directa con las familias, interposición de medidas de protección sin notificación del paciente, y dificultad para acceder a atenciones con asistentes sociales en establecimientos de salud.

III. Elementos comunitarios que facilitan el acceso a salud de usuarios migrantes y la adhesión a tratamientos de salud

Los/as usuarios/as de las comunas consultadas dan cuenta de elementos comunitarios que tienen una labor fundamental en el acceso a salud y en la facilitación de este, así como también en el proceso de adscripción a tratamientos indicados por el profesional tratante. En particular, y asociado a la experiencia de la maternidad, destaca el **vínculo que se genera entre mujeres migrantes** que han sido madres y que, a través del **espacio de talleres y otras actividades propiciadas por los mismos establecimientos de salud**, se integran como comunidad compartiendo apreciaciones y experiencias respecto a la experiencia de su maternidad en particular, y al Sistema de Salud en general. En esta línea, la facilitación de estos espacios contribuye a que las usuarias mujeres se vayan interiorizando de las características del Sistema de Salud Chileno, y vayan generando una vinculación física con estos centros de salud.

De la misma manera, se destaca el **apoyo comunitario, particularmente en el espacio vecinal** de Antofagasta, como el apoyo en la atención al proceso de salud/enfermedad **a través de la enseñanza de ciertas prácticas de medicina ancestral o tradicional**, o consejos de tratamientos “naturales” que han tenido éxito en el proceso de sanación de otras comunidades, el **apoyo en el transporte entre vecinos/as para acceder a los centros de salud más alejados**, y el **apoyo en la comprensión de las instrucciones y/o información entregada por el personal de salud** en búsqueda de orientación a través de la consulta directa a usuarios/as más jóvenes de la comunidad que son estudiantes y/o profesionales y que llevan más tiempo interactuando con la población chilena y que les permite sortear de mejor manera ciertas barreras comunicacionales de la consulta.

En la comuna de Valparaíso también se destaca el **apoyo comunitario que ocurre al interior de los mismos establecimientos de salud** gracias a quienes no tuvieron acceso a información sobre el sistema de salud chilenos en primera instancia, pero que fueron adquiriendo estos saberes con el tiempo, y que, una vez ya han comprendido cómo funciona el sistema de salud, ponen su conocimiento a disposición de otros usuarios migrantes que se encuentran en esta misma situación de desconocimiento.

En la experiencia de los usuarios/as de Antofagasta, también se destaca la **participación de personas de la comunidad en los establecimientos de salud bajo la figura de “agentes comunitarios”** que gestionan ayudas y ofrecen soluciones en conocimiento de las necesidades de la comunidad. Esta figura también es relevante por su trabajo en terreno, por el apoyo en algunos casos donde se exige la agilización de la gestión de entrega de horas de sobrecupo, por la difusión que realizan respecto a la atención en salud, y por la mediación que realizan entre las necesidades de la comunidad y los centros de atención primaria.

Figura 1. Elementos comunitarios que contribuyen al acceso a la salud y adhesión a tratamientos de usuarios/as migrantes.



Elementos comunitarios que facilitan el acceso a la salud de usuarios/as migrantes y la adhesión a tratamientos de salud

- ⇒ Vínculo maternidad dentro de los centros de salud a través de talleres y otras actividades.
- ⇒ Compartir y enseñar prácticas medicinales dentro del espacio vecinal.
- ⇒ Apoyo en movilización y transporte entre vecinos/as para asistir a centros de salud alejados de las comunidades.
- ⇒ Apoyo comunitario para comprender instrucciones e información entregada en el espacio de la consulta respecto a tratamientos.
- ⇒ Apoyo entre pacientes de un mismo centro de salud que comparten sus conocimientos respecto al sistema de salud con quienes se acercan con menor información.
- ⇒ Agentes comunitarios.

IV. Barreras al acceso a la salud de usuarios migrantes y a la adhesión a tratamientos de salud

De la misma manera que los usuarios migrantes identifican elementos que facilitan el ingreso a la atención, también señalan aspectos que actúan como barreras de acceso al sistema de salud, y que no se relacionan propiamente tal al proceso de atención, sino que responden a elementos más tangenciales de tipo contextual que rodean al paciente.

En primera instancia, se identifica que el **desconocimiento inicial del sistema de salud chileno** genera una sensación de **recelo hacia la atención** brindada por el personal de salud, y **cuestionamientos a la calidad** de esta misma en comparación a la experiencia referida con sus países de origen. Los comentarios realizados por personas que forman parte de las comunidades y/o que son familiares, contribuirían a que este desconocimiento inicial del sistema de salud se traduzca en una barrera en el acceso y en la atención:

“En cambio acá cuando me han operado igual será, igual me decían “corre, vete a Perú, acá vas a morir, que mira y esto”, cómo voy a morir decía yo.” (Usuaría peruana, Antofagasta)

El desconocimiento también abarcaría **incertidumbre respecto a la manera de acceder o ingresar a las primeras atenciones y los costos asociados a éstas**, situación que mayormente generaría desconfianza al no tener claridad de la cobertura de las prestaciones y encontrarse en condiciones de alta vulnerabilidad y/o indocumentación. Ante este desconocimiento, en múltiples ocasiones, se prefiere no actuar frente un malestar de salud y, por tanto, no acudir a los establecimientos de salud hasta que sea estrictamente necesario e impostergradable, es decir, hasta que se transforme en una situación de urgencia:

“Yo tengo una duda, que yo pensé que, porque era migrante, este, inmigrante en riesgo, o sea, sin papeles, no te atendían, no, me han dicho que "no", que, este, cualquiera, así esté legal o no, tienen que atenderlo.” (Usuaría venezolana, Antofagasta)

“No teníamos mucho de conocimiento sobre que, por ejemplo, uno se podía ir a inscribir al CESFAM y eso, y a pesar de que yo ahí igual ya llevaba cuatro años aquí, (y *ella*) se inscribió cuando ya quedó embarazada de mi hermana más pequeña aquí en Chile. Pero ella no sabía que (...) nosotras igual podíamos ir, inscribirnos, para poder atendernos.” (Usuaría colombiana, Antofagasta)

Otro elemento que incide en el acceso a la atención en salud es el **miedo o temor a la deportación**, también gatillado por el desconocimiento de los lineamientos políticos en salud en la atención a migrantes, los decretos utilizados y los derechos que tienen los usuarios migrantes. En ocasiones, este miedo a ser denunciados/as y potencialmente deportados/as, tiene un correlato en hechos puntuales que han vivido otros usuarios/as:

“Ella dice que a ella la señora que la atendió, allá en el consultorio, ella también estaba, estaba embarazada, le dijeron que "lo primero que ella tiene que hacer es autodenunciarse para que pueda, este, presentar a su guagua (...) No, o sea, no es necesario que tú hagas la

autodenuncia para que te atiendan en un CESFAM, como se lo dijeron a ella, pues, ¿me entiende?” (Usuaría venezolana, Antofagasta)

En este caso, no existe como tal una denuncia gestionada desde el centro de salud hacia la persona mencionada que se encuentra en una situación migratoria irregular. Sin embargo, la diferencia en la información que les es entregada a los usuarios migrantes y la “recomendación de autodenuncia” como primer paso para acceder a atenciones en salud, genera desconfianza en la población migrante y alimenta este miedo colectivo preexistente a la experiencia de atención en salud.

Por último, y no menor, existe otro elemento transversal a los/as usuarios/as de distintas comunas que se relaciona a la **consideración de que la salud y el bienestar no es un ámbito de la medicina preventiva sino de la medicina curativa**. Respecto a esto, **el imaginario que tienen los pacientes migrantes respecto a “lo sano” que son porque “no se enferman” se vincula directamente con un acceso tardío a la salud**, generalmente ante situaciones de urgencia una vez que ya han atendido sus malestares “menores” a través del uso de hierbas o la automedicación. Esto se constituiría como una barrera de acceso a la salud del Sistema de Salud Chileno al comprender que en el país existen otros objetivos sanitarios y otro Modelo de Atención en Salud que pone el foco en la medicina preventiva en APS. Pese a ello muchas veces la situación es diferente cuando mencionan a sus hijos, quienes generalmente estarían activamente recibiendo atención en salud. Esto puede deberse tanto a una priorización que realizan las familias para destinar recursos -tiempo, recursos económicos, etc.- como al funcionamiento del Control Niño Sano y del Programa Chile Crece Contigo:

“Sí. Más que todo mi hijo, porque yo en realidad no tengo, no uso mucho la parte de salud, porque gracias a Dios soy sana.” (Usuaría venezolana, La Granja)

“Cuando mis niñas se enferman, si tienen fiebre, paracetamol. Si tiene el pechito muy apretado, yo agarro los expectorantes que venden en la feria, que viene en una bolsita de muchas hijitas, que viene jengibre, todas esas cosas. Le doy como un tecito caliente, jengibre, miel, limón. Y me voy más para los remedios caseros. No soy amante muy de la medicina. Si con eso no se alivia ni nada, ahí sí me dirijo” (Usuaría venezolana, La Granja)

“No, porque mis hermanos ninguno se ha atendido acá en los hospitales ni en los centros de salud porque gracias a Dios ninguno se ha enfermado.” (Usuaría venezolana, La Granja)

Además de los aspectos mencionados, existen elementos que no se relacionan a preconcepciones de la atención en salud ni tampoco corresponden a situaciones concretas ocurridas en centros de salud, sino que refieren a aspectos contextuales de los usuarios migrantes. Así, un primer elemento que puede convertirse en una barrera de acceso a la salud son las **condiciones de habitabilidad**, en tanto en poblaciones migrantes vulnerables, éstas se caracterizan por una alta movilidad y un desplazamiento constante entre barrios, que ocurren debido a problemas personales, familiares, económicos y por necesidades de reubicación. Este traslado de lugar también generaría una nueva necesidad que refiere al traslado de centro de salud en el que un usuario se encuentra inscrito/a.

Por otro lado, la asistencia preventiva a establecimientos de salud por parte de los usuarios migrantes muchas veces se ve imposibilitada al ser los **cuidadores principales de niños y/o adultos mayores**, sin redes de apoyo, que se establecen en lugares alejados a estos centros de salud y que, para lograr

trasladarse a éstos, deben realizar trayectos largos en locomoción en horarios donde no existe mucho tránsito y donde las usuarias migrantes se sienten especialmente expuestas. Esto principalmente ocurre en la comuna de Antofagasta debido a las condiciones geográficas y de crecimiento de la ciudad:

“(…) Y viendo que tenemos déficit en locomoción, ya que llega una sola liebre y para trasladarnos al María Cristina o para ir a la Juan Pablo igual nos cuesta.” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

“Sí, yo hoy día me he venido a las 5:30 con mi vecina porque igual me da miedo, yo vivo acá dentro y acá afuera tenemos que esperar afuera en el portón, entonces yo he sido la primera y mi amiga, así, la segunda” (Usuaría peruana, Antofagasta)

“No, (…) ahora no se puede dejar los hijos, porque se ha puesto bien exigente en nuestro campamento.” (Usuaría peruana, Antofagasta)

En relación con las **condiciones laborales**, éstas pueden convertirse en barreras de acceso a la salud en tanto la situación de vulnerabilidad en la que se celebran los contratos de trabajo y se establecen las relaciones laborales entre el usuario migrante y su empleador, impiden contar con flexibilidad para asistir a centros de atención de salud primaria en los horarios establecidos. En este sentido, la prevención en salud es una meta lejana en cuanto los tiempos diarios de las poblaciones migrantes se organizan en base al trabajo remunerado y no remunerado, y la solicitud de permisos no es una opción real para los usuarios:

“Ya no hubo ese tiempo como para seguir, porque en los trabajos a uno no le dan permiso, entonces uno no tiene como ese tiempo de decir “mañana tengo médico, estoy en este programa”, nadie lo va a comprender, ¿no? Entonces decidí dejarlo porque también entré en depresión y todas esas cosas, y empecé otra a vez a subir de peso y ya no volví más al programa.” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

Si a lo anterior se suman las condiciones laborales en las que muchos de los usuarios migrantes se desempeñan, bajo circunstancias de alta exigencia física extenuantes que, en el corto, mediano y largo plazo termina por afectar la salud pudiendo agravar algunas dolencias/enfermedades de base, se ve aún más dificultosa la posibilidad de que accedan a atenciones preventivas en salud, generando nuevamente, una demanda de atención de tipo curativo.

Un último elemento que puede incidir en el acceso a la atención en salud ha resultado ser la **pandemia de COVID-19**. En el caso de madres que requirieran controles posts partos, o cuidadores/as que necesiten llevar a niños/as a control de niño sano, el desconocimiento del virus y de la pandemia creó una barrera en el acceso a la atención en salud en tanto estos/as usuarios/as consideraron los centros de salud, y el trayecto para llegar a éstos, como peligrosos en términos del aumento de la posibilidad de contagio. También, el hecho de verse contagiados/as y vivir en las condiciones de habitabilidad mencionadas más arriba, vio incumplidas muchas de las asistencias a horas previamente agendadas en los centros de salud, así como también truncó las asistencias de urgencia, por estar cumpliendo cuarentenas.

La pandemia ha ralentizado los tiempos de atención debido a las tensiones presentes en los equipos de salud, por sobrecarga laboral. Esta sobrecarga también afectó la salud mental y emocional de los equipos de salud, en quienes se reconoce otorgar una atención en salud diferente a la otorgada con anterioridad a la pandemia que, en ocasiones, se presentó como una actitud negativa y una mala atención en salud hacia pacientes con presencia de síntomas respiratorios (como estornudos o tos) sin confirmación de contagio de COVID:

“- (...) Tenía ahora como a las ocho, siempre dice en el papelito, hay que llegar como 20 minutos antes (...) Sí llego, no tenía hora como a las 7:15, entonces tuve que levantar temprano abajo de una lluvia para venir, para respetar mi horario. Al llegar estuve esperando más que una hora (...) Y ya llego, y, la enfermera salió y atendió a ella primero, cuando le dije que tengo en mi hora es a las 7:15.... Ella dice “no tiene que esperar”, ya estaba muy enojada, me quede tranquila, pero la atención al adentro fue tan fome (...) Porque venía con el bebé que él estornudó, y la enfermera, estuve solamente con mascarilla y ella corre de repente, “¡No, aquí recibimos solamente niño sano, su hijo no puede estornudar me vinieron a pegar el COVID!”, entonces ella se pone una pechera, otra pechera estaba con mascarilla, otra mascarilla, ¡oh! me sentía como tan... tan....

- Discriminada ¿no?

- ¡Exacto! porque no puede ser que el niño estornudó (...) ni siquiera una prueba de del COVID, si ella hubiese ha sido como una prueba de para decir “ah sí, tu niño” ... igual yo hablo yo me acude a un servicio de salud para saber la salud de mi hijo (...) Y ella hasta que salimos no toca el bebé. Solamente me pregunta cómo está su salud, pero es señora, no se preocupe, está todo bien, pero vengo acá porque él tiene tos. “No, está todo bien, no hay que darle nada”. (...) No me dio nada para el bebé, no lo pensó, ni siquiera le puso el termómetro para saber su temperatura. Nada, nada, ni lo miró tampoco, solamente me decía “Pone en la cama, quítale la ropa a su cuerpito y está bien ya, después se pone la ropa de nuevo”. (Usuaría haitiana, Temuco)

Por otro lado, la pandemia también afectó los tiempos de tardanza de solicitudes y trámites de documentaciones, particularmente en la población que ingresa al país durante la pandemia, viendo ralentizados todos los procesos de regularización de las situaciones migratorias, y, por consiguiente, retrasando para muchas personas el acceso a prestaciones en salud.

Barreras al acceso a la salud de usuarios migrantes y a la adhesión a tratamientos de salud
⇒ Desconocimiento de Sistema de Salud chileno. Actitud reacia a la atención, cuestionamiento de la calidad, desinformación del proceso de acceso e ingreso y de costo de prestaciones.
⇒ Miedo o temor a la deportación. Miedo a ser denunciados/as por personal de la salud.
⇒ Imaginario de “ser sano” y no requerir atención en salud preventiva. Acceso tardío a la salud, medicina curativa.
⇒ Situación de vulnerabilidad, condiciones de habitabilidad, laborales y sociales.
⇒ Pandemia COVID-19

Figura 2. Barreras de acceso a la salud y a la adhesión de tratamientos de usuarios/as migrantes.



V. Sugerencia Modelo de Atención Intercultural

Los usuarios migrantes mencionan ciertos aspectos de la atención en salud que son considerados como barreras existentes, sobre los cuáles se sugiere implementar mejoras y que deben ser tomados en cuenta al momento de plantear un Modelo de Atención Intercultural en Salud.

Figura 3. Sugerencias de mejora para desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural desde la perspectiva de equipos de salud



V.I Disponibilidad de horas/sobrecupos

Uno de los aspectos más críticos de la atención en salud en todas las regiones consultadas es la **disponibilidad de horas, sobrecupos, o el tiempo de espera** para recibir la atención en salud. En esta línea, las propuestas que realizan los/as usuarios/as migrantes es poder **ampliar la oferta de centros asistenciales para dar abasto a las necesidades de atención de la población migrante y chilena**. Se sugiere la posibilidad de **ampliar la disponibilidad de horas** para atención en el corto plazo, tanto en la atención primaria como secundaria, ofreciendo cupos para atención de acuerdo con la demanda que se realiza a cada establecimiento de salud. También se sugiere **aumentar la disponibilidad de horas para acceder a atención con especialistas** en plazos que no se midan en meses o años con el fin de evitar que esto sea un impedimento al acceso efectivo a la atención en salud:

“me acerqué un día al hospital a preguntar esta cuestión de que pasaba con mi cirugía, y ahí me dan la noticia, (...) me dijeron de que ya mi cirugía hacia como 2 años que estaba cancelada, que la habían cerrado, pero, entonces yo me sorprendí también por este tema, porque como puede ser de que cierren un caso si yo no sé, yo no estoy enterada, entonces me dice “si justamente porque parece que cierran los casos cuando los pacientes rechazan la cirugía, en este caso usted no rechazó”, me dice, “pero como usted vive en un campamento, los carteros, porque se mandan cartas, los carteros no llegan a los campamentos” (...)” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

Algunos/as usuarios/as que han tenido dificultades en el ámbito de acceder a interconsultas o lograr hora/cupo con especialistas, señalan como sugerencia el poder **agilizar los tiempos de las interconsultas, mejorar los tiempos de espera en urgencias y aumentar la cantidad de especialistas**. En el caso de algunas usuarias migrantes se señala como sugerencia poder **priorizar las atenciones que son de urgencia en niños y niñas**, ya que indican que en el país se prioriza exclusivamente al adulto mayor por ser quienes son más complejos de estabilizar. En este caso se considera que la priorización que se realiza en el país de acuerdo con asignar horas de atención de urgencia lleva a tiempos largos de espera considerados “abrumadores” y “cansadores”.

En esta línea, se sugiere la **asignación de cupos por motivo de urgencia**, es decir, otorgar cupos a la evaluación de las condiciones en las que llegan los usuarios, priorizando la atención en base a estos elementos:

“En ese sentido sí lo he mirado mal, “vea, tiene que venir por la tarde a sacar cita por urgencia”, entonces no, es que por urgencia no necesita cita, urgencia es, pues sí lo pueden valorar en el momento, tiene que haber una persona, un TENS donde lo valore, si da para urgencia o no da para urgencia, porque a veces pues el paciente también se hace, ¿no?, para que lo atiendan de una. Pero debe haber un TENS, bueno, tomar signos vitales y en los signos ya se da cuenta si da para urgencia o no da para urgencia. En ese sentido sí.” (Usuario colombiano, Antofagasta)

De la misma manera, el sistema de entrega de horas en APS también debiese implementar mejoras en cuanto a organización y a priorización de las atenciones:

“Hay veces que harta gente se devuelve porque dicen que ya son 8 cupos, que no hay más cupos, entonces vámonos, para qué vamos a esperar hasta las 8 de la 5 de la mañana... se devuelven, mucha gente se devuelve...” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

“el criterio de tener una comunidad que pide hora, que nosotros a veces madrugamos, y que te atiendan a las 12 del medio día, yo encuentro que eso es muy injusto para nuestra comunidad” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

Disponibilidad de horas/ sobrecupos/tiempos de espera

⇒ Ampliar oferta de centros asistenciales, ampliar disponibilidad de horas, aumentar horas para acceder a atención con especialistas (y aumento numérico de especialistas), agilizar tiempos de interconsultas, mejorar tiempos de espera, priorizar atenciones de niños y niñas, y reasignación de entrega de cupos por motivos de urgencia.

V.II Idiosincrasia/Cultura (desconocimiento cultura/uso de otras medicinas)

Existen elementos culturales/idiosincráticos que las poblaciones migrantes señalan se encuentran presentes dentro del proceso de atención en salud y que tendrían **influencia en las relaciones que establecen con funcionarios/as de la salud**.

En cuanto al **trato**, el uso de vocativos al referirse al personal de salud muchas veces provoca un choque cultural respecto de la persona que recibe este vocativo:

“Bueno allá en Perú siempre tratamos de señor entonces “señor muchas gracias”, y él me decía “¿cuál señor? El señor está en el cielo”, o sea todo tajante, entonces disculpe, le digo, “es que nuestra manera es así” (...)” (Usuaría peruana, Antofagasta)

Las personas de “culturas más silenciosas y reservadas” se ven expuestas a tener que contar su historia personal una y otra vez a lo largo de su proceso de atención en salud, a administrativos, cajeros, recepcionistas, situación que les provoca molestia al no ver considerado el cuidado en la privacidad de la información que los usuarios migrantes entregan.

Por otro lado, respecto a **prácticas culturales en salud**, las usuarias migrantes de origen haitiano mencionan la relevancia cultural que tiene el **proceso de maternidad** en su país, y **la importancia de que algunos aspectos de ésta puedan ser integrados** a la atención del parto dentro del Sistema de Salud Chileno con el fin de implementar un proceso de maternidad con pertinencia cultural:

“Como por ejemplo en el aspecto psicológica, porque en nuestro país, por ejemplo, en nuestro país la parte de maternidad, cuando una mamá, o sea, una mujer va a ser mamá, es como algo, algo precioso para la familia, entonces a ver por ejemplo la familia o alguien cercano de la persona que pueda estar en ese momento con la persona, es importante. Ahora por la pandemia está prohibido, pero sí es importante para la familia. Igual psicológicamente, eso siempre afecta a ello porque en nuestro país cuando nace un bebé a una familia que es un bebé esperado, es siempre la mamá, está con él, o sea, la abuela está en la familia, pasando como un mes ayudando a la mamá. Y ese mes ya está en la en la casa, pero la mamá hace cargo de todo, ayudando a ella no solamente en cosas de la casa, pero en enseñando igual a ella como ser madre (...) a ellas siempre le falta esa parte, entonces a veces tiene miedo de tomar bebé en brazos para no hacerle daño. Igual a un tipo de comida que nosotros comen en el momento que dan a luz, igual hierba igual que hay que tomar entonces, psicológicamente eso sí afecta igual como si sentimos que si tenemos bebé, pero que cuidadosamente como debería ser en nuestro país, no se hace el proceso... Porque hay una hierba que hay que tomar por tres días y otro que hay que tomar como un agua tomándole en el espacio del agua siempre, y hay para limpiar, solo sea para el aseo genital.” (Usuaría haitiana, Temuco)

“- Claro, ¿y qué tipo de alimentos tienen qué comer después que ha dado a luz?

- Son alimento como que no hay acá... alimento que recomiendan con, por ejemplo. dicen que cuando nació el bebé, la mamá queda con un vacío en el estómago. Hay que darle comida fuerte y comida que le puede tener de pie y para comida, que pueden estimular la leche.

- Sí, ¿y con la placenta tienen alguna costumbre de utilización de la placenta?

- No...Pero solamente en el cordón umbilical. O sea el cordón umbilical tenemos una forma de guardarlo, de conservarlo. Por ejemplo, depende la familia, mi familia, mi mamá, lo guardó en un espacio que muchos secretos, cuando ya cumplimos 18 y ya no nos dan como un regalo muy precioso. Igual familia que lo hacen de otra forma, por ejemplo, en un terreno lo pueden como enterrar a abajo de un... de una mapa, de un árbol de coco de cualquier árbol, pero lo plantan como “ese árbol es tuyo”. (...) Otra familia que son que lo deja por si acaso se enfermó el niño en un momento, hay un remedio que se hace con eso igual, eso depende de la creencia de la persona.” (Usuaría haitiana, Temuco)

Por otro lado, tanto las personas migrantes de Antofagasta como de Valparaíso reconocen el uso de otras medicinas, como el **uso de hierbas** para tratar problemas de salud, e incluso dan cuenta de aprendizajes de otras prácticas culturales en salud que intercambian con las poblaciones de otras culturas que pertenecen a sus comunidades en barrios y campamentos. El uso de otros tipos de tratamientos medicinales, como el uso de hierbas, o de otros recursos alimentarios como limón, ajo, aloe vera, o la manufactura de algunos “jarabes naturales” o “infusiones”, generalmente se efectúa cuando se presentan malestares “ligeros” que pueden ser aliviados con el conocimiento que tiene el grupo familiar:

“Es que casi siempre trato de darles jarabes que hago yo (...) Eh... concentrados de limón con aloe vera, miel, (...) cuando siento que están o resfriados o se van a resfriar o cuando, veo que tienen un poco de moco o en estos días con cambios de clima. (...) Bueno nosotros le llamamos infusión (...).” (Usuaría venezolana, Valparaíso)

El uso de hierbas, si es que éstas no se encuentran disponibles dentro del país y no se pueden encontrar en los mercados, **se adapta a la disponibilidad de hierbas locales para tratar las afecciones.**

En la experiencia de la Región Metropolitana, los/as usuarios/as migrantes dan cuenta de poco uso de otras medicinas y/o sistemas médicos para aliviar síntomas de enfermedades o patologías. Mayormente prefieren respetar los tratamientos indicados por los equipos de salud, pudiendo señalarse que los/as usuarios/as migrantes de la comuna de La Granja, tanto de nacionalidad peruana, venezolana y haitiana, reciben y adhieren a los tratamientos entregados en los centros de salud. En algunos casos, esto también ha ocurrido producto de un proceso de aprendizaje, donde han tenido una recepción negativa por parte de los profesionales de la salud al uso de tratamientos provenientes de la medicina tradicional:

“En mi parte mía no. Mi familia allá en Perú, sí por yerbas, pero yo no. Yo soy más para doctor, porque me vaya a hacer mal... más peor de lo que estoy... prefiero algo (inaudible). Porque una vez me agarró dolor al oído y me eché algo, y el doctor me retó, porque me dijo que no me podía echar cualquier cosa al oído. ¿Cómo me voy a venir con ese oído así? Y desde ahí, nunca más.” (Usuaría peruana, La Granja)

En el caso de Temuco, es generalizada la negativa al uso de otras medicinas; sin embargo, una usuaria con parientes chilenos señala haber visto que su familia chilena tiene prácticas medicinales asociadas al uso de hierbas, de las que ha ido interiorizando algunos saberes.

Los usuarios/as migrantes en salud dan cuenta que, **desde los centros de salud, no se les consulta por el uso de estas otras prácticas de salud**, señalando que **no existiría un interés por sumarlas al plan de tratamiento**. En el único caso mencionado donde el profesional médico tuvo conocimiento del consumo de hierbas por parte del paciente, éste tomó una actitud neutral respecto a esta información, insistiendo en que independiente de lo que consumiese, debía seguir el plan de tratamiento indicado y tomar el medicamento recetado.

En este sentido, **para los usuarios/as es relevante** que, en el espacio de consulta, se puedan **reconocer las prácticas y planes de tratamiento asociados al uso de hierbas, autorizar el uso las mismas, y complementar con el tratamiento sugerido por el profesional de la salud:**

“Igual, como usted decía, creo que sería importante, eh... sugerirles, igual, las medicinas naturales y creo que es importante que ellos igual lo puedan tener en cuenta, que las medicinas naturales son muy importantes para las personas y, de repente, uno... uno, porque ya lo sabe y ya lo consume.” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

“Por ejemplo, no sé, pues, tómese un té de manzanilla, por ejemplo. Entonces, igual, yo creo que es importante autorizar esas... esas costumbres de, de utilizar medicinas naturales. Creo que esas cosas son importantes.” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

Idiosincrasia/ cultura (desconocimiento de otras culturas y usos de otras medicinas)
⇒ Tiene influencia en las relaciones que establecen los/as usuarios/as con funcionarios/as.
Choque cultural en:
⇒ Trato y exposición de privacidad
⇒ Prácticas culturales en salud e importancia de integrar elementos al sistema de salud chileno (maternidad en usuarias haitianas)
⇒ Uso de hierbas, se adapta a disponibilidad local.
⇒ Desde centros de salud no existe interés por sumar otras prácticas en salud al plan de tratamiento.
⇒ Relevancia para los/as usuarios/as de que se reconozcan estas prácticas, se autoricen y se complementen con el tratamiento sugerido por el/la profesional de la salud.

V.III Idiomas/dialectos extranjeros/Lenguaje técnico

El idioma, dentro de la atención en salud primaria y secundaria, también se conformaría como una **barrera de tipo lingüístico que incide en el proceso de atención** y en el espacio de consulta. Los/as usuarios/as de Antofagasta sugieren poder incluir sus distintos idiomas a la práctica de atención, pero reconocen las dificultades de poder aplicar esto:

“Siento que es un proceso de aprendizaje para que los profesionales igual lo puedan tener, como esas personas, yo pienso que se les dificulta, de repente, entender palabras, a ellos igual también se les va a dificultar, porque no lo tienen como interiorizado.” (Usuaría boliviana, Antofagasta)

En la Región Metropolitana los/as usuarios/as destacan la **necesidad de apoyo para personas que no hablan español**. Esto resulta interesante en tanto no es una sugerencia que surja desde los usuarios de países migrantes de habla no hispana, sino de la experiencia que han tenido personas de nacionalidades peruana, venezolana y colombiana que han sido testigos de esta barrera idiomática en los centros de salud:

“Por ejemplo, para las personas discapacitadas, como mi hermano que es sordomudo, tiene que haber una persona especial que los atienda a ellos para que se comuniquen, como con las personas que no hablan el mismo idioma. Eso se les complica mucho. A veces no hacen caso porque no entienden. Creo que esa parte debería mejorar. Porque todos tenemos derecho a salud, sin salud no podemos hacer nada.” (Usuaría peruana, La Granja)

En algunos casos, la barrera lingüística en cuanto a idioma significa para algunos/as usuarios/as la **utilización incorrecta de los tratamientos otorgados**:

“Decir que, aunque es el deber de acá, pero recibir al extranjero, que sepan el idioma es complicado, porque se ha encontrado un caso de un chico haitiano que se acudió en un centro de salud porque tenía igual el problema dental, entonces le dieron como un líquido para enjuagar en la boca. Y él como no entiende el idioma estuvo tomándolo tres veces al día, bebiéndolo, pero si fuera algo tóxico, algo... ¡se podría estar como muerto!” (Usuaría haitiana, Temuco)

“Este caso era como una un óvulo, pero hay que esperar a que entre en la vía urinaria, genital, entonces ella igual estaba tomando, siendo embarazada. Y ella por poco perdería a su hijo...Pero ella no entendía el idioma, entonces hay para la salud, no encuentro algo tan sensible sí o sí para los extranjeros que no entiende el idioma, si o si hay que haber como un traductor...” (Usuaría haitiana, Temuco)

Por otro lado, **los/as usuarios/as de nacionalidad haitiana** de la comuna de Temuco señalan que desde los centros de salud, **los/as mismos/as funcionarios/as les ayudan a comprender la información** que se les está entregando, al repetirles preguntas y volver a explicarles. También señalan **asistir acompañados de otras personas que les ayudan con el proceso de traducción**. Sin embargo, algunos pacientes señalan que, en su experiencia tanto en consultorio como en hospitales, **no cuentan con traductor, facilitador intercultural y/o con orientador, o, si cuentan con ellos, son pocos y no dan**

abasto ante la demanda de atención de migrantes de habla no hispana, a la vez que tampoco recibirían una remuneración que les motive a otros usuarios haitianos a desempeñarse en esta labor. La inclusión de este traductor/orientador implica que la persona seleccionada para cumplir este rol debe participar activa y directamente del proceso de atención:

“(…) porque como ella no maneja bien el español, no sé cómo explicar, ella no puede comentar bien, igual para la persona que le da el servicio, le haga todo lo que necesita, todo lo que se puede, con una aplicación para traducir, para explicar todo lo que ella tiene po’; porque le falta una persona para ayudar a traducir lo extranjero, como tener un idioma.” (Usuaría haitiana, Temuco)

En este sentido, **en Antofagasta también surge como una alternativa real el aseguramiento de poder asistir con a acompañantes -familiares** a consultas de salud:

“Son personas adulto mayor, pero vienen con los hijos, son los hijos que interceden en ese tema, por ejemplo, voy a pasar con mi mamá porque no entiende muy bien (...) porque la mamá viene como hablando idioma lo que es quechua” (Usuaría peruana, Antofagasta)

Otro elemento que surge como una barrera lingüística para la población de usuarios/as migrantes tanto de Antofagasta como de Valparaíso es el **uso de tecnicismos propios del área de la salud** en el espacio de consulta, tecnicismos que no necesariamente son explicados por quienes interactúan con los pacientes:

“Que me diga, sabe que se va a atender, pero tiene que venir a las 7 u 8 de la mañana, 6 de la mañana, porque ahí se liberan los cupos de morbilidad, y yo no sé qué es morbilidad...” (Usuaría peruana, Antofagasta)

“Bueno recuerdo que la primera vez, en el San Borja, quien me atendió fue así como “¿Cómo no va a saber esto?” y yo “yo, no sé, yo apenas tengo no sé unos meses aquí”. Ahí creo que fue como un poquito chocante. Igual me hablaban de palabras que yo no entendía, como “previsión”. Eso no existía para mí en mi diccionario.” (Usuaría venezolana, Valparaíso)

En esta línea se reconocen **los esfuerzos que han surgido desde los mismos usuarios migrantes por sortear esta dificultad**, apoyándose en la figura del **“agente comunitario”**, y recurriendo a sus **comunidades donde pueden encontrar el apoyo** y la orientación que no recibieron en la atención de salud.

Pese a ello, queda la sugerencia de que los equipos de salud consideren este elemento como una barrera en la atención y que puedan implementar acciones de mejora que no queden tan solo en manos del paciente.

En el caso de la comunicación que se establece con personal de la salud, diferentes usuarios migrantes se han percatado de **diferencias lingüísticas dentro del mismo idioma**, lo que en ocasiones puede dificultar la relación que establecen con el personal de salud, sea de recepción, administrativo o profesional del área de la salud. Es por esto que otra sugerencia se relaciona a poder ser receptivos, **“más abiertos”**, tanto desde los trabajadores de la salud como desde el paciente a **diferencias en el**

lenguaje que se relacionan a usos culturales para no malinterpretar las intenciones de uno u otro lado considerando la diferencia de personas con las que pueden encontrarse en el ámbito de la salud.

Por último, el **esfuerzo que hacen otros organismos e instituciones de incluir conceptos/palabras en letreros o indicaciones en diferentes lenguas**, son valorados como instancias positivas, pues además de orientar a quienes no se desenvuelven en el idioma español, sería apreciado como un gesto de integración. En este sentido, otra sugerencia que se hace en el ámbito lingüístico desde las poblaciones cuya lengua nativa no es el español es la posibilidad de utilizar carteles, señaléticas, afiches que estén explicados en creole, al igual como los observan en otros servicios, como Banco Estado y Chile Atiende (en Región Metropolitana), que puedan ser incluidos tanto en consultorio como en hospital.

Idiomas/dialectos extranjeros/Lenguaje técnico

- ⇒ Barrera de tipo lingüístico que incide en el proceso de atención.
- ⇒ Necesidad de apoyo a personas no hispanoparlantes.
- ⇒ Utilización incorrecta de los tratamientos otorgados.
- ⇒ Uso de tecnicismos propios del área de la salud.
- ⇒ Diferencias lingüísticas dentro del mismo idioma.
- ⇒ Apoyo en funcionarios/as que utilizan diferentes recursos.
- ⇒ Asistencia con acompañantes a los establecimientos de salud.
- ⇒ Poca disponibilidad de facilitador/a intercultural y/u orientador.
- ⇒ Agente comunitario.
- ⇒ Apoyo en comunidades que traducen la información recibida en espacio de consulta.
- ⇒ Inclusión información gráfica en diferentes lenguas.

V.IV Recepción

Otro aspecto relevante en la atención en salud a personas migrantes tiene que ver con **el recibimiento o la recepción que tiene todo profesional y funcionario/a de la salud hacia los requerimientos particulares de los usuarios migrantes**, sea en el ingreso a un centro de salud, en una visita a un familiar, en una atención propiamente tal, etc. En este sentido, se menciona **el “trato” como un elemento fundamental a tener presente en la relación directa con el usuario/a migrante**, un eje fundamental que debiera estar **estandarizado**, donde los profesionales de la salud deban recibir orientación/formación para mejorar su atención:

“yo creo que la única dificultad es esa y más que todo el trato... saber cómo llegar a un migrante”. (Usuaría peruana, Antofagasta)

“Lo otro también, algunos médicos, de personalidad, es difícil abordarlos (...) hay muchos que no son simpáticos, debería tener un espacio para hacer charlas, para enseñar a un médico o enfermera para que traten bien al paciente, porque en caso contrario, si tratan mal al paciente, de primera, puede que se aumente la tensión del paciente, eso no es cosa que debería ser, eso debería entender, que es un profesional y sobre todo un trabajo que merece atención y paciencia. Porque algunos no tienen paciencia tampoco (...) eso no debería ocurrir, el trabajo de la salud es un trabajo que se hace con amor; cuando uno hace el trabajo no por amor y se tratan mal a las personas, discriminan por apariencia.” (Usuario haitiano, Temuco)

La percepción de mejora del trato y las sugerencias realizadas hacia el equipo de salud señalan como clave la **cercanía con el paciente, el hacerle “sentirse escuchado”**:

“Yo pienso de que, si hay algo que debe mejorar aquí es, de pronto, es el trato que tiene el médico chileno con el extranjero, porque hay médicos que de verdad que... son como esas personas como muy secas a la hora de tratar un paciente.” (Usuario colombiano, Antofagasta)

También es relevante la **empatía y la amabilidad que tenga el equipo de salud con el paciente** y con la situación particular de vulnerabilidad que experimenta el usuario en su condición de migrante:

“Me gustaría que fuera gente realmente muy, pero muy capacitada, (...) y cuando se está trabajando y alguien necesita en el momento, auxilio o algo, prestárselo de la mejor manera, con una mano que le pongan a uno en el hombro sabe uno que no está solo, que está allí, que tiene un apoyo, que esa persona le diga “tranquila, en un momento la llaman”, así no sea en el momento o en el minuto que le digo pero de todos modos, saben que esa persona le miro, le sonrió y le dijo, ya, la tengo en cuenta, estoy pendiente, no se preocupe, todo va a estar bien, y eso puede sonar pequeño e insignificante, pero a la vez es tan grande y maravilloso, estoy en un país que no es mi tierra, en tierra ajena, pero ella se preocupó de mí, a ella le importé (...)” (Usuaría colombiana, Antofagasta)

Otro aspecto relevante es la percepción de un **trato igualitario**, es decir, sentirse **respetados al igual que cualquier otro** independiente de su condición de extranjero o nacional, que hablan español o tienen otras lenguas nativas.

“Bueno, que nos traten a todos por iguales porque de repente a algunas personas no les tratan bien, se quejan (...).” (Usuaría peruana, Antofagasta)

“(…) que todos seamos tratados por iguales, o sea nosotros como venezolanos, no venimos de Marte, ni tampoco somos extraterrestres, todos los seres son iguales. Y está bien, entiendo que venimos huyendo de un país en crisis, pero venimos buscando una mejor oportunidad de vida para nuestros hijos. Y yo sé que a veces, muchos se incomodan porque este país es suyo y ustedes también quieren lo mejor para los suyos, pero entiendan que ahorita todos somos seres humanos, somos hijos de Dios y todos merecemos una oportunidad. Entonces lo que yo pediría es igualdad.” (Usuaría venezolana, Valparaíso)

Todos estos aspectos impactarían directamente en la **percepción de la persona con relación a sentirse considerada e integrada** en un país ajeno que desconoce.

Recepción

- ⇒ Trato debe estar estandarizado y profesionales de la salud deben recibir orientación/formación en este aspecto.
- ⇒ Cercanía, empatía, amabilidad y trato igualitario afectan la percepción de integración de usuarios/as.

V.V Priorización

Otro elemento sugerido para mejorar en la atención a usuarios migrantes es la relevancia de la priorización en la atención en salud. Al respecto, los usuarios migrantes establecen dos líneas sobre las que se debiesen priorizar las atenciones, la primera de ellas referida a **rangos etarios** y la segunda referida al **diagnóstico de una situación de urgencia/emergencia** en salud.

En cuanto a los **rangos etarios**, en su mayoría, las personas migrantes señalan a **niños, niñas y adolescentes, y adultos mayores** como grupos a los cuales se debiese entregar atenciones en salud, de carácter impostergable, sean sus necesidades urgencias o tan solo pequeñas molestias. En este sentido, es urgente para los usuarios poder **ampliar la disponibilidad de profesionales -pediátrico y geriátrico- para atender las necesidades en salud** de estos sectores:

“Dios quisiera nos gustaría de verdad que haya un pediatra acá, al consultorio, porque acá a veces estás todo el día y en el hospital es peor, más para los niños, porque acá hay mucho niño, y uno grande se puede aguantar el dolor, pero ¿y un niño?” (Usuaría peruana, Antofagasta)

Respecto a la gravedad del estado en el que se presenta el paciente, las personas coinciden en que **debiesen atenderse todas las situaciones de emergencia y/o hacer cupos extras para poder brindar este servicio de manera inmediata, esto mayormente relacionado a la atención primaria en salud**, considerando que muchas veces les es complejo acceder a otros centros de salud que brindan estas atenciones por temas de movilidad, vulnerabilidad laboral, por condiciones familiares complejas, etc.:

“Cuando una persona solicita un servicio de urgencia es porque se siente mal, y mira que eso es para urgencia. Una urgencia se debe atender, debe ser prioritario, mejor dicho, no decirle "venga por la tarde", porque se va el paciente, nadie sabe qué pasó.” (Usuario colombiano, Antofagasta)

“Algunos estamos un poco bien y esperar la horita, pero dar un espacio ahí a quienes están más enfermitos, eso yo suplicaría.” (Usuaría peruana, Antofagasta)

Por último, también se sugiere la posibilidad de **priorizar** ciertas atenciones en la entrega de horas de atención del sistema público, como la de **trabajadores**. En este sentido se propone replicar de algunos modelos de sistema de atención extranjeros donde se asignan ciertos **horarios exclusivos de atención a trabajadores/as**:

“De las 08:00 a 09:00 horas los primeros 4 pacientes eran personas que trabajaban. Porque al final esas personas son las que pagan impuestos y con esos impuestos pagan todo lo del Servicio de Salud.” (Usuaría mexicana, Temuco)

Priorización

- ⇒ Rangos etarios: NNA y adultos mayores. Ampliar la disponibilidad de especialistas pediátricos y geriátricos para responder a esta necesidad.
- ⇒ Atención de urgencia: impostergable independiente del servicio (APS o ASS).
- ⇒ Trabajadores/as: replicar modelo extranjero de horarios exclusivos de atención.

V.VI Orientación/información

Dentro de la atención a pacientes en situación migratoria, es relevante la información a la que puedan acceder y recibir respecto a los aspectos que involucran los servicios de atención en salud en el país, desde el acceso hasta la atención propiamente tal. En este sentido, es bien valorada la información y la manera en que ésta es entregada por personal administrativo de asistencia social y profesionales de la salud respecto al acceso a la salud y a la atención misma que reciben en la consulta.

Sin embargo, se reconoce que esta información no llega a todos los lugares de la misma manera y más bien quedaría reservada a las personas que han tenido que asistir a un centro de atención de salud y se han informado a través de los/as funcionarios/as. La **necesidad de informar se vuelve relevante considerando el aumento de la población migrante potencialmente beneficiaria** y al menos que se haga un ingreso efectivo a los centros de salud, existen quienes requieren servicios de salud que tampoco están recibiendo esta información al no acercarse a los centros de salud:

“Yo creo que es como que un... es un tema que de repente se deja de lado, porque, por ejemplo, si no es porque uno vaya y pregunta al CESFAM, o que una persona conocida, o que una persona lo hizo así igual, o de esa manera o acá, no se hace. Entonces yo creo que hay muchas personas aún que podrían ser beneficiarias, y que no lo son solamente por desconocimiento, como por falta de información.” (Usuaría colombiana, Antofagasta)

Sin desmerecer la figura del “agente comunitario” como un actor dentro de las comunidades que es capaz de llevar la información sobre las atenciones, la cobertura en salud, el funcionamiento de los centros de salud y sus horarios, entre otros, varios usuarios coinciden en que también sería de gran utilidad que los mismos **profesionales de la salud pudieran trabajar en terreno llevándoles esta información**, generándoles vinculación con la comunidad y generando cercanía con los potenciales beneficiarios:

“el tema es el 100% difusión y que como se dice, si es un CECOSF familiar, yo creo que debiesen salir profesionales para afuera a (...) campamentos que llegan allegados, que llegan a ese lugar a informarles (...) ellos también que se dejen mostrar.” (Usuaría peruana, Antofagasta)

Orientación/Información
⇒ Necesidad imperiosa de informar a población migrante potencialmente beneficiaria a través de trabajo en terreno de los/as profesionales de los establecimientos de salud.

V.VII Flexibilidad documentación en atención e inscripción lugares de atención

En algunos casos también se relata la dificultad que diferentes usuarios/as han tenido para poder acceder a la salud debido a no contar con la documentación requerida. Desde la perspectiva de los/as usuarios/as migrantes la **creación de protocolos de atención que sean más flexibles con la atención en cuanto al requerimiento de contar con ciertos documentos para brindar acceso a la salud** es algo que se debiese implementar para garantizar el acceso a la salud.

En el caso de la Región Metropolitana destaca la mención a la flexibilidad en la documentación para acceder a atenciones en salud, señalando que pueda priorizarse la atención a casos de mayor gravedad o relevancia y que la atención en salud no les sea negada por falta de documentación o RUT. En este sentido, esto se diferencia de la experiencia de la Región de Antofagasta, puesto que mayormente los usuarios migrantes señalaban ser atendidos pese a no contar con su documentación. Esta diferencia podría deberse a la temporalidad en la que fueron aplicadas las entrevistas y grupos focales, o podría estar hablando de una aplicación de la normativa bajo parámetros y criterios diferentes de acuerdo con el territorio.

Por último, también se sugiere **flexibilidad y facilidad para inscribirse en consultorios que no necesariamente se restrinjan a la comuna** esto porque implica un nuevo proceso de gestión desconocido por gran parte de la población migrante beneficiada, como informar a FONASA y realizar un cambio de domicilio, y, en el caso de la Región Metropolitana, un proceso que se ralentiza debido a las condiciones de movilidad y transporte entre comunas.

Flexibilidad documentación en atención e inscripción lugares de atención

- ⇒ Creación de protocolos de atención que sean flexibles con la documentación requerida para acceder a la salud.
- ⇒ Flexibilidad y facilidad en la inscripción en consultorios, que no se restrinja al domicilio.

V.VIII Escuchar necesidades de las comunidades

Respecto a la rotación de profesionales dentro de los centros de salud, en particular en el caso de Antofagasta, específicamente en centros de atención primaria debido a su vinculación con las comunidades y usuarios, se sugiere escuchar las necesidades de éstos, los **elementos que destacan del profesional** que se retira, así como las **valoraciones negativas** del mismo para ajustar la **búsqueda de perfiles** que se logren adaptar a la dinámica de trabajo y al vínculo que ya se ha creado con las comunidades:

“Que se evalúe, que se evalúe bien y que se supone que nosotros cuando vamos a pedir un cambio, en el cambio que estamos pidiendo es un médico (...) humano, buena atención, dedicando su tiempo a todo, porque con todos (el médico) era bien así... cambio, pero un cambio que el jurado tenga conciencia al lugar donde están mandando y la persona que está viniendo a trabajar a conciencia con quienes van a trabajar”. (Usuaría peruana, Antofagasta)

Escuchar necesidades de las comunidades

- ⇒ En relación a la rotación de profesionales, que las comunidades tengan participación en la búsqueda de perfiles en tanto se consideren los elementos que destacan y aquellos que son valorados negativamente de un/a profesional de la salud.

V.IX Otras sugerencias de mejora e incorporación al Sistema de Salud Chileno

Por último, cabe señalar la propuesta realizada por un usuario de poder **realizar charlas educativas dentro del espacio de espera de atención**, de carácter informativo, enfocadas a las necesidades locales de la comunidad:

“Dar charlas educativas en cuanto a promoción y prevención de las distintas enfermedades, cómo prevenirlas en el alcohol, en el tabaquismo, consumo de drogas y todo eso; eso sí es muy bueno de que ellos (los profesionales de la salud) salgan a dar unas charlas educativas donde hay buena concentración de público (...)” (Usuario colombiano, Antofagasta)

Otra sugerencia que se realiza para mejorar el Sistema de Salud Chileno es la posibilidad de **incluir profesionales de la salud de origen extranjero** principalmente enfocado en personas de origen migrante que tengan una alta presencia dentro del país:

“Sería ver los migrantes desde otras perspectivas, el migrante no puede ser solo paciente si no que profesional, ya que el migrante que viene, trae sus conocimientos de otras partes y eso puede fortalecer el sistema de salud, yo les sugeriría a las autoridades abrir un poco la puerta para que no sean solamente pacientes si no que profesionales.” (Usuario haitiano, Temuco)

“Sí, pero por este momento, lo que nos gustaría que hacemos con el sistema, la verdad es cómo mejorar el sistema, no sé, una generación o dos generaciones más, porque esta nueva generación que va a venir, va a tener como una mezcla de haitianos, venezolanos, colombianos, pero si ellos pueden entrar en el sistema, ellos van a aprender como un doctor, ellos pueden cambiarlo, pero ahora hacemos lo que se puede.” (Usuaría colombiana, Temuco)

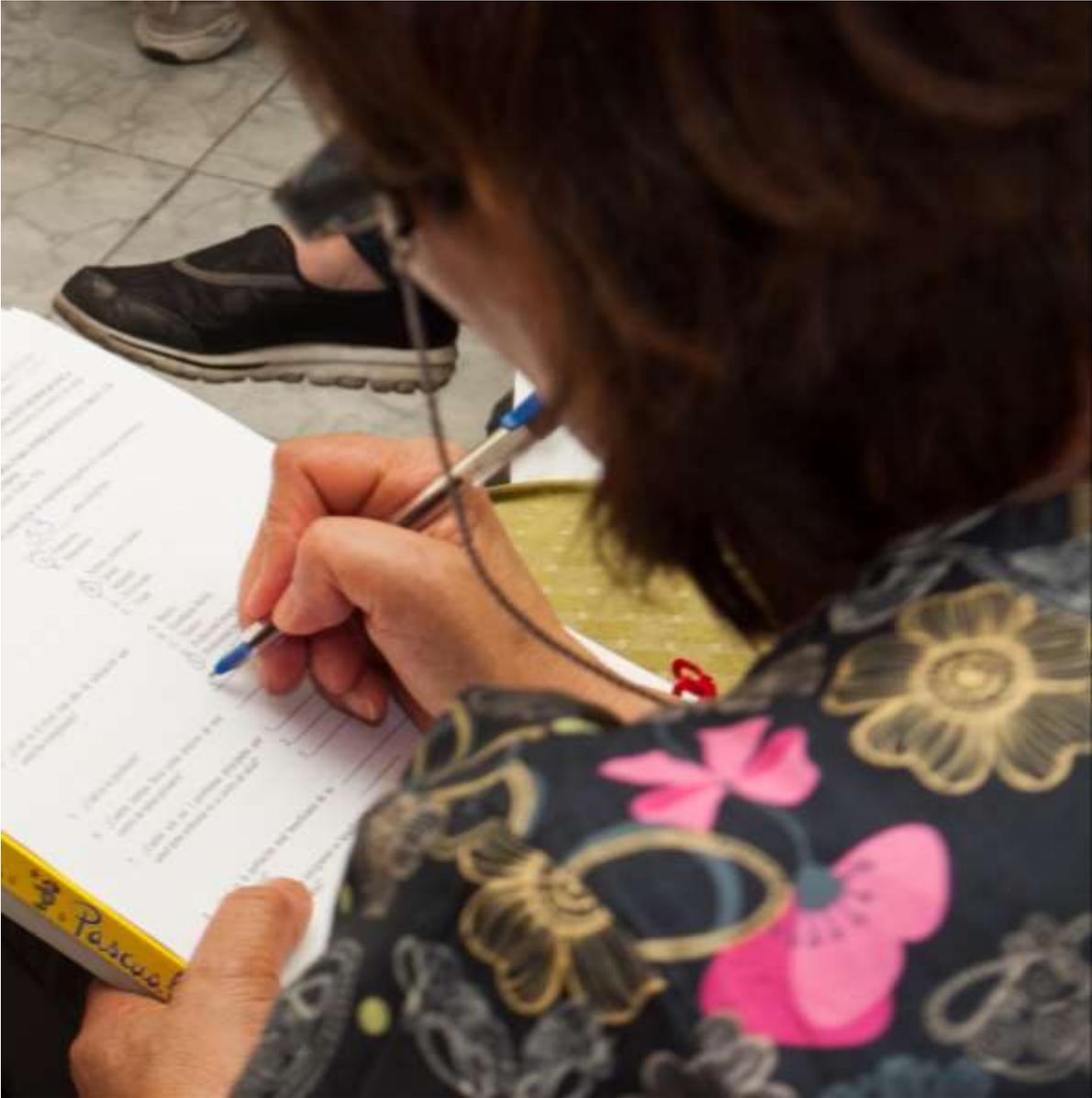
Asimismo, algunos/as beneficiarios/as también sugieren que se **invierta en salud**, tanto en infraestructura como para poder ofrecer atención gratuita en salud de manera transversal a la población.

Por último, se sugiere la posibilidad de **extensión horaria permanente para la atención en salud en consultorios y otros centros de APS**, considerando las condiciones laborales y facilitando el acceso a la salud pública, respetando los horas entregadas y el tiempo de atención para reducir los tiempos de espera, y mejorar el acceso de usuarios/as migrantes a la atención.

Otras sugerencias de mejora e incorporación

- ⇒ Realizar charlas educativas dentro del espacio de espera de atención.
- ⇒ Inclusión profesionales de origen extranjero (de los principales perfiles que migran al país).
- ⇒ Inversión en salud.
- ⇒ Extensión horaria permanente para atención en salud en APS

HALLAZGOS CUALITATIVOS EQUIPOS DE SALUD



I. Percepciones sobre el proceso migratorio

Para los equipos de salud de atención primaria y secundaria, el **fenómeno de la migración** es considerado como un proceso que **no ha suscitado un real interés por parte de los Gobiernos**, evidenciándose en la **poca información que existe respecto a políticas de migración**, la poca bajada que han tenido estas mismas a las distintas instituciones, y la baja o **nula articulación entre servicios públicos** para la atención de usuarios migrantes. De la misma manera, la **nueva Ley de Migración** es mirada con recelo por parte de los equipos de salud, ya que no abordaría la realidad del proceso migratorio al **no entregar soluciones** reales a un problema más complejo. El **mayor punto débil** de la Ley identificado por los/as distintos/as funcionarios/as de la salud y que repercute directamente en el proceso de atención es la persuasión que se realiza a las personas migrantes que no han regularizado su situación migratoria a **autodenunciarse en cuanto al temor que genera el acercamiento a instituciones públicas** por posibles denuncias que los profesionales puedan hacer a instituciones como PDI, Carabineros, o Extranjería.

En cuanto a la recepción que reciben las personas extranjeras dentro del país, los/as profesionales de los equipos de salud señalan **la prevalencia de expresiones discriminatorias, racistas y xenófobas en la población chilena, y que, en menor medida, también se presentaría en los establecimientos de salud**. Bajo argumentos económicos, raciales, y machistas, aún se seguiría comentando que “el extranjero ingresa para obtener o quitarle el trabajo a un chileno”, o tildándoles de “indios” y “negros”, encasillando a las mujeres migrantes como “prostitutas”. En esta línea, la labor periodística ejercida en canales abiertos es mirada de forma crítica por los equipos de salud en cuanto consideran que contribuyen a generar odiosidad en la población local y desconfianza hacia la persona extranjera, en especial con el tratamiento del COVID:

“Sipo, y a nivel macro que no promocionen televisivamente casi que el migrante viene a dejar la embarrá a Chile, con esto del COVID decían que casi traían al virus po.” (Psicóloga, Antofagasta)

“No, que hace poco tiempo también, por ejemplo, andaba un meme con respecto al tema de los subsidios. Así como “haitiano que llega hace un mes a Chile tiene casa y el chileno no”, y era un tema como de mucha desinformación, (...) le creemos mucho al Facebook o no buscamos donde corresponde. Nos dejamos llevar mucho por ese tipo de información que no corresponde, y esa cuestión también a la larga, o sea, la gente que inventa esa cuestión a la larga tiene que ver con un tema de xenofobia, tiene que ver con eso al final. No podemos seguir alimentando ese tipo de cuestiones.” (Odontóloga, La Granja)

Pese a ello, y en concordancia con el **aumento de población migrante** presente en el país, los/as profesionales de la salud perciben **una mayor familiaridad hacia la persona migrante**, y una mayor sensibilidad con la idea de que las personas extranjeras ingresan al país en búsqueda de oportunidades que no han podido tener en sus países de origen, como mejor calidad de vida, acceso a educación, acceso a salud, o vivienda, o también por reunificación familiar en otro territorio.

Por otra parte, los equipos de salud, en su labor de atención a pacientes, también han sido testigos de **cambios en los flujos migratorios** en los distintos territorios que fueron consultados. En términos generales, se percibe un cambio en cantidad de personas **migrantes inscritas en APS, aumentando**

drásticamente desde 2017 en adelante. Estas oleadas migratorias no solo provendrían del exterior, sino que también se estarían provocando interregionalmente dentro del país. En cuando a las nacionalidades, **se percibe hacia el último tiempo una oleada migratoria de población venezolana, sumada a la población de origen haitiano.**

A partir de la experiencia de la comuna de Antofagasta, se reconoce que hoy en día, donde antes se había normalizado el ingreso de familias completas que ingresaban con visa, hoy, con el **aumento de la restricción en las fronteras se percibe un ingreso sin ningún tipo de red o de apoyo**, caracterizado como **“más caótico”**, donde se ingresa al país en tanto se logra pasar por un paso no habilitado. Esto, por ende, estaría mostrando un nuevo tipo de **migración, mucho más vulnerable** respecto a las oleadas anteriores, que avanza de a poco para establecerse en un nuevo país, enfrentando las necesidades en la medida de lo posible y que, por este mismo motivo, buscaría atención en salud tardíamente, una vez ya ha alcanzado las condiciones para establecerse:

“(…) Todos los venezolanos que están en la calle, si tú ves llegaron hace muy poquito, con como los que llegan, como que me imagino se tienen que salvar un poco así como vamos a ver que hacemos donde nos quedamos, que sé yo, juntamos plata, vendemos estas cosas y después cuando lo logran se arriendan un lugar, esa es como la dinámica y después de ahí, de ahí para adelante po’, de ahí empiezan a buscar colegio y de ahí llegan a un consultorio.”
(Trabajadora Social, Antofagasta)

Dentro de los aspectos fundamentales para el establecimiento de estas familias y/o personas sin núcleo familiar, destacan las redes de apoyo de las poblaciones migrantes tanto locales como de distintas nacionalidades que ya se encuentran instaladas en el país:

“Si los ven, a lo mejor, pidiendo plata en la calle les ofrecen un abrigo, o quedarse en su casa unos días, eso están haciendo, y les dan condiciones bien buenas, óptimas, no significa que los estén mendigando o esclavizando, (...) no, son condiciones dignas, un colchoncito, alimento, y sin pedir nada a cambio, y eso me llama mucho la atención, (...) creo que es un efecto también de la migración, que ahora hay como otra oleada de migración, porque los otros fueron los que asentaron la primera parte de la migración y ahora que ellos están asentados ayudan a sus compatriotas a estabilizarse (...)” (Trabajadora Social, Antofagasta)

Por último, es importante reconocer el rol y la imagen que se proyecta del país hacia el exterior. En relación a esto, existe un **desafío mayor que se relaciona a enfrentar las expectativas que tienen los/as migrantes respecto del país**, de las oportunidades, de los derechos y de sus deberes:

Yo me he dado cuenta que las personas que han migrado muchas de las personas que han migrado que son jóvenes, está muy influido, muy influenciado por una especie de construcción respecto a lo que es el país al cual se migra... Como que esto es sueño americano. Como que uno va a llegar a un país de libertades, donde no importa mucho los derechos, sino que es muy importante un país donde muchas oportunidades dónde, dónde es fácil encontrar un trabajo porque no le piden nada, entonces Chile tiene esa característica, o sea, publicitamos con esa característica como una cancha muy abierta, donde uno puede llegar siendo obrero y a los 2, 3 meses ya tenía una empresa. Muchas poblaciones migrantes, tienen sus matutes, vende cosas al mismo mundo migrante. Viene de Santiago, pero también

son migrante interno de Santiago. Entonces estuvieron en Santiago, conocieron el mundo de la economía informal en el mundo del comercio, la ropa de todo esto, y acá en Temuco igual ellos trabajan como obrero, pero también tienen un rol como de pequeño empresario. Pero a veces les va mal.” (Médico, Temuco)

Percepciones sobre el proceso migratorio
Migración no es de interés de los Gobiernos. Poca información sobre políticas de migración. Nula articulación servicios públicos.
Nueva Ley de Migración, débil en tanto genera temor de acercamiento a las instituciones públicas y a salud.
Prevalencia de actitudes discriminatorias, racistas y xenófobas en Chile y en, menor medida, en equipos de salud.
Cambios en flujos migratorios <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aumento población migrante trae mayor familiaridad hacia el proceso. ⇒ Aumento población migrante inscrita en APS desde 2017. ⇒ Últimas oleadas migratorias de población venezolana y haitiana ⇒ Migración “más caótica” y vulnerable con menos redes de apoyo.
Cambios en flujos migratorios implica enfrentar expectativas que tienen las personas migrantes del país.

II. Percepciones sobre el proceso de atención en salud a migrantes

En el ámbito de la atención en salud de las personas migrantes, también ha habido una percepción de **cambio en el flujo migratorio**. Respecto a la **población venezolana**, se menciona que previo y durante la pandemia hubo una oleada notoriamente masiva de inmigración en la comuna de Antofagasta caracterizada por el **ingreso de núcleos familiares completos** sin tener asegurado un lugar de llegada al país, que, frente a esta situación, ocuparon el espacio público, y que el personal de salud, tomando conocimiento de la situación por la que pasaban estas personas durante las entrevistas de atención en los centros de salud, se preocupó de ayudar incluso fuera del espacio sanitario. **Posterior a la pandemia, se señala que esta oleada disminuyó**, y que, en la actualidad, la composición de las poblaciones migrantes dentro de la comuna estaría volviendo a la situación pre pandemia, donde predominarían principalmente las poblaciones colombiana y boliviana.

En cuanto a los **cambios en los flujos migratorios para las comunas de La Granja, Temuco y Valparaíso**, de manera general los equipos de salud señalan que históricamente han atendido población colombiana, boliviana, peruana y ecuatoriana, y en menor medida dominicana, argentina, mexicana, uruguaya y china. **La población de origen haitiano y venezolano habría arribado al país y a estas regiones en los últimos años**, y más que un cambio en la composición se percibe un aumento significativo de las personas de estos orígenes que solicitan atenciones en salud e inscritos/as en APS.

De manera puntual, en las comunas de **Temuco y Valparaíso los equipos de salud también dan cuenta de una migración interregional de extranjeros/as** que en primera instancia han llegado al país y se asientan en Santiago y que luego, por motivos laborales y económicos, se han ido desplazando a otras regiones del país.

Cabe mencionar que **las percepciones sobre los cambios de la población migrante también varía de acuerdo a los establecimientos** y el lugar en el que se encuentran ubicados los centros de salud que reciben usuarios/as migrantes. De este modo, la percepción de aumento de una u otra población extranjera que accede a la salud en establecimientos específicos también debe acompañarse de una mirada a los cambios territoriales que están ocurriendo en los sectores que circundan a los establecimientos de salud.

En cuanto al **rango etario**, la mayor parte de la población migrante se ubica en el segmento de **población adulta joven**, es decir, laboralmente activa.

Estos **cambios en los flujos migratorios suponen desafíos en la atención** en salud y, directamente, a los equipos de salud, que intentan recabar el mayor conocimiento cultural posible durante la consulta y/o entrevista de ingreso para poder brindar una atención de calidad:

“Sí, Venezuela, y de Venezuela no conocemos nada po’, nada, o sea su idiosincrasia, su cultura, no hay tanto conocimiento como el que ya traemos un poco impreso de la usuaria colombiana, porque son años de atención pero la venezolana es todo un descubrimiento y un desafío para nosotros (...).” (Matrona, Antofagasta)

“Esos procesos de cambio, en el sentido de que hemos tenido que también ir aprendiendo a cómo abordar la salud, cómo ir abordando la salud mental también, eso también implicó

también un trabajo. Yo recuerdo la primera atención, las primeras experiencias que tuve con pacientes migrantes, en la cual señalaban estos migrantes haitianos y venezolanos que decían que no comprendían que existían programas de salud mental para la depresión, y no entendían ellos qué es la depresión. Que parece que en su cultura no existe, no está identificado o no está visibilizado, o no sé. Pero, entonces yo...les llamaba la atención de que qué es eso de la depresión. De “chuta, existe una enfermedad de tener depresión”. Entonces hemos tenido también que ir aprendiendo, y eso implica también un darse cuenta de que en nuestro país, en nuestra sociedad, sí es un tema la salud mental.” (Psicólogo, La Granja)

Además, estos cambios **también suponen desafíos en el ámbito administrativo** en tanto existe un desconocimiento generalizado respecto a las necesidades de las personas migrantes que afecta directamente en la manera de proceder y de poder entregar ayudas y apoyo:

“Cuando fue este boom de los migrantes, la parte administrativa fue como más liviano pero si con muchos desconocimientos de cómo aplicar poder ayudar, resolver o gestionar las necesidades que tenían estas personas porque muchas de esas personas no tenían su número de identificación provisoria y en los sistemas que existían para gestionar un RUT normal no se nos daba esa opción de resolver estas derivaciones, (...) no nos comprendían que habían ciertas trabas, que no teníamos todas las herramientas que necesitábamos para resolver y se generaba finalmente un descontento.” (Administrativa, Antofagasta)

En cuanto a la manera en que se perciben las **atenciones por parte de los/as usuarios/as migrantes, los equipos de la salud indican que en algunos casos se genera descontento con el servicio** que se ofrece, y que, fundamentalmente, se debe a la propuesta de políticas en salud de manera reactiva y sobre la marcha y que se encuentran lejos de abordar el fenómeno desde una mirada más amplia respecto a las implicancias en la atención en salud que provocan estos cambios en los flujos migratorios.

Desde la perspectiva de los/as profesionales de la salud, la atención a personas migrantes, se evalúa de manera positiva destacando, en primer lugar, la **posibilidad de otorgar atención a todos** los usuarios migrantes que lo requieran sin necesidad de que exista necesariamente una formalización del proceso regulatorio. Otros aspectos que son considerados positivos son la **disposición de los equipos de salud, el vínculo entre pacientes y funcionarios/as de la salud y las visitas o salidas a terreno de ciertos equipos** tanto con fines informativos como por atenciones en salud. Asimismo, se **destaca la labor de las/os trabajadoras/es sociales**, su conocimiento respecto a las normativas y la orientación que entregan a los pacientes en relación tanto a su proceso de regularización migratorio como respecto a las atenciones que se brindan dentro de los centros de salud.

Respecto a la **comparación entre APS y ASS**, algunos/as profesionales de la salud dan cuenta de la existencia de diferencias entre atenciones siendo la principal la diferencia de enfoque entre APS y ASS en cuanto a la atención preventiva o curativa en salud. En la práctica, esto se traduce en la percepción de una **APS “cercana”, “familiar”, en comparación con una ASS “lejana”**, sin interés por formar un vínculo con el/la paciente, sino que se enfoca en curar su afección en el menor tiempo posible. **El tiempo acotado de atención**, para el caso de regiones donde existe mayor cantidad de población migrante de habla no hispana, repercute en el hecho de que **algunos/as funcionarios/as rehúyan de la atención a ciertos pacientes porque carecen del tiempo** y de las herramientas para

poder lograr una comunicación efectiva con el/la paciente. Esto afecta la atención a pacientes migrantes, que acostumbrados/as a la APS no comprenden la diferencia de trato entre atenciones, e incluso repercute en la pérdida de las horas de derivación y/o interconsulta al no comprender las indicaciones entregadas por el personal de salud.

Independiente de las valoraciones relacionadas a aspectos generales de la atención, los **equipos de salud concuerdan en la no existencia de una atención con pertinencia cultural**, con eje central en el usuario, su contexto y su historia, siendo una de las principales barreras a la adherencia a tratamientos y planes de cuidado.

Respecto a las **prestaciones que solicitan las personas migrantes** a los diferentes establecimientos de salud, mayormente los equipos de salud reciben a la población de **mujeres** migrantes por prestaciones ligadas al **programa de la mujer en salud sexual y reproductiva**, mientras que en el caso de los **hombres** migrantes destacan los **controles preventivos y exámenes** solicitados para aplicaciones laborales. En el caso de **adultos mayores**, la atención que más se solicita es en **pacientes crónicos**, mientras que **niños/as** reciben atenciones en salud en el marco del programa **“Chile Crece contigo”**.

En el ámbito de la atención, los equipos de salud describen de manera diferenciada a los usuarios migrantes dependiendo de su nacionalidad. En este sentido, establecen ciertos **estereotipos respecto a las poblaciones** que permean en la atención que se les brinda. Por ejemplo, la población venezolana y colombiana son percibidas como “más empoderada”, “con conocimiento de leyes”, “exigentes” respecto a la atención en salud y “ordenados” respecto a su situación migratoria. Por otro lado, la población boliviana es vista como “sumisa” y, por tanto, dificultaría la atención en cuanto a la comunicación que se establece con el paciente, siendo a la vez “más negligente con su salud”, mientras que la población peruana se considera “demandante”, “exigente” y “extrovertida”.

Las actitudes demandantes, exigentes, y con conocimiento de leyes mayormente atribuidas a las poblaciones caribeñas y peruana generarían roces con algunos/as funcionarios de la salud y cuestionamientos respecto a su atención:

“Es como esa situación especial que uno tiene que tratar de comprender, porque pasa, muchos decimos “hay chilenos que no atendemos porque no tienen ciertas circunstancias, o no tienen FONASA y les tenemos que cobrar”, pero sí tenemos que atender a otros pacientes extranjeros que vienen recién llegando y llegan como con esa característica de que “me *tení* que atender porque yo soy extranjero y tiene que ser así, porque la ley es así”, y es verdad, si uno ve la ley tiene que atenderlos, entonces eso como que de repente juega esa visión que uno tiende a decir como pucha, te da lata, te da como lata esas ciertas circunstancias o choca hartito ese tema.” (Enfermera, Antofagasta)

“A veces siento que sí, yo creo que sí hay estereotipos, dicen que son arrogantes, que son irrespetuosos; creo que tiene que ver con la dinámica de sus vidas en sus países. Porque finalmente, cuando yo te comento de la Señora Colombiana, que dice que nosotros somos “liosos”; si tú lo miras y analizas, se refiere a que somos burocráticos, tenemos muchas reglas. Entonces, claro, ella desde su mirada, nos ve como liosos; nosotros a ella, la vemos como

alguien que va a exigir cosas, pero en realidad, hay que tratar de entender su dinámica; ellos llegan a un país, que no es su país; se encuentran a un país muy distintos.” (Matrona, Temuco)

Los profesionales de la salud también identifican **diferencias de criterio en la atención** brindada dentro del espacio de atención en salud. Estas diferencias **se relacionarían a estereotipos arraigados a algunos/as funcionarios/as** que responderían a miradas generacionales del fenómeno de la migración que inciden en la perspectiva que se adoptará en la atención al paciente migrante:

“No, si hay varios que son más pegados y que nos gusta, pero no siento que todos lo sean, si pienso somos las que hacen más redes, ocurre más en personal joven que adulto, por ejemplo, la nutricionista que trabaja conmigo o la asistente del Chile crece, ahora llegó una super preocupada de hacer las cosas y hacer seguimiento, pero siento que no todos tienen la misma posición.” (Psicóloga, Antofagasta)

“Fue mucho trabajo con los compañeros, eran un poco mayores de edad y los veían como que venían a quitarnos oportunidades, esto es algo que seguirá pasando y hay que entregarles una buena atención y un buen recibimiento.” (Trabajadora Social, Antofagasta)

Desde la perspectiva de los/as profesionales de los establecimientos de salud, es relevante comprender que la atención a pacientes migrantes implica tener una mirada de salud familiar, donde se entiende que no solo se está atendiendo una persona particular, sino también todo el ambiente y el mundo que le rodea y le caracteriza. Lograr entender esto, tendría como resultado generar un vínculo con el paciente, poder realizar entrevistas/anamnesis que logren visualizar las necesidades reales de los pacientes y fomentar la atención familiar en salud.

Percepciones sobre el proceso de atención en salud a migrantes
<p>Cambio en flujo migratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Antofagasta: previo y durante la pandemia, población venezolana hacía ingreso de núcleos familiares completos; posterior a pandemia, esta oleada disminuyó. ⇒ En La Granja, Temuco y Valparaíso, se evidencia oleada migratoria de población haitiano y venezolano en los últimos años. ⇒ En Temuco y Valparaíso da cuenta de migración intrarregional de migrantes que han llegado a las grandes ciudades.
<p>Mayor parte de extranjeros es población laboralmente activa.</p>
<p>Cambios en flujos migratorios suponen nuevos desafíos en la atención en salud y en el ámbito administrativo, afectado por el desconocimiento de las poblaciones.</p>
<p>Desde los/as usuarios, descontento con la atención en salud</p> <p>Desde profesionales de la salud, valoración positiva de posibilidad atención a todos/as, vínculo paciente y funcionario/a de la salud, visitas a terrenos, y labor trabajadores/as sociales.</p>
<p>Comparación APS y ASS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mayor percepción de cercanía de APS. ⇒ Tiempo de atención acotado en ASS
<p>Equipos de salud concuerdan en la ausencia de pertinencia cultural en la atención.</p>
<p>Prestaciones que se solicitan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mujeres: Programa de la mujer en salud sexual y Reproductiva ⇒ Hombres: Controles preventivos y exámenes para buscar trabajo ⇒ Adultos mayores: pacientes crónicos ⇒ Niños/as: Chile Crece Contigo
<p>Existencia estereotipos en la atención en salud de acuerdo a nacionalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Población venezolana y colombiana: empoderada, exigente, ordenada, etc. ⇒ Población boliviana: sumisa, negligente con su salud, etc. ⇒ Población peruana: demandante, exigente, etc. <p>Las actitudes de poblaciones caribeñas y peruana, con conocimiento de leyes y derechos, genera roces con profesionales de la salud.</p> <p>Estereotipos se traducirían en diferencias en la atención de salud (facilitar o postergar acceso)</p>
<p>Relevancia de proyectar atención en salud familiar con el paciente migrante.</p>

III. Experiencia de atención en salud a migrantes

III.I Acciones ejecutadas fuera del área de la atención

En la atención en salud a migrantes, al personal de la salud se le presentan distintos desafíos que enfrentar para ayudar a los/as usuarios/as. Más allá de las atenciones en salud, en los equipos de salud también se **gestionan ayudas y/o apoyos sociales ante carencias económicas** de usuarios/as de los centros de salud:

“Es una ayuda más asistencial, que propiamente tal beneficia el acceso a la salud en sí, eso no es tan así, eso es lo que siempre se busca, pero claro hay otras carencias que hay que atender antes y por ahí tenemos que partir obviamente.” (Gestora Comunitaria, Antofagasta)

“Llegaban gestantes de 37 semanas, 38 semanas, prácticamente venían con el bebe y claro como que nosotros lo abordamos como CESFAM de un lado más humano, más que como institucional, como que todos traíamos cosas, traíamos cuotas, como que tratábamos de hacerlo de un lado más humano...” (Técnico en Administración, Antofagasta)

En este sentido, los/as profesionales de salud se ven desafiados a llevar la atención en salud más allá del ámbito sanitario. En ocasiones, deben **tomar decisiones ante posibles casos de vulneración de derechos**, ejecutando acciones fuera del área de la consulta o de la atención en salud, informando a las entidades pertinentes de la situación, como a tribunales de familia, para tomar medidas de protección. De esta manera, tomar una decisión respecto a casos complejos donde se puede identificar que existe vulneración de derechos, requiere considerar todo el contexto del usuario así como sus aspectos culturales e idiosincráticos para evaluar en justa medida las posibles soluciones:

“Con estos casos, como entre que quieres ayudar y metes a la justicia y ya toda la cuestión, generas como que no sabes si estás ayudando o estás como perjudicando, por eso es importante como quien toma el caso, cómo lo lleva, todas esas cosas.” (Administrativa, Antofagasta)

También en los box de atención, las **pacientes migrantes tienen la ocasión de poder narrar al personal de salud situaciones de acoso laboral, abuso laboral y/o maltrato laboral** que han sufrido en sus trabajos, **poniendo en alerta a los equipos de salud y desafiándoles a estudiar respecto a las leyes** y las derivaciones adecuadas que deben hacerse entre instituciones con el fin de orientar y poder ayudar ante casos de injusticia y vulneración de derechos.

De esta manera, el espacio de atención en salud no solo actúa en torno al proceso de salud-enfermedad, sino que muchas veces se ve desafiado a abordar otras aristas de las vidas de las personas entendiendo que, en particular, la población migrante se encuentra en una posición de desventaja respecto a la población local respecto al conocimiento de sus derechos y de leyes, y debido a encontrarse en situaciones de vulnerabilidad económica y social. Sin embargo, **los equipos de salud no han recibido capacitaciones ni han sido instruidos o sensibilizados respecto a esta problemática**, y en muchas ocasiones el actuar o no de los profesionales frente a casos como los mencionados queda relegado al espacio del criterio personal.

Acciones ejecutadas fuera del área de la atención
<ul style="list-style-type: none">⇒ Gestión de ayudas y/o apoyos económicos.⇒ Tomar decisiones ante posibles casos de vulneración de derechos.⇒ Ante experiencias de acoso, abuso o maltrato laboral narrado por pacientes, necesidad de estudiar para orientarles.
Pese a estas necesidades detectadas, los equipos de salud no han recibido capacitaciones para enfrentar estas otras situaciones que afectan la salud del paciente.

III.II Discriminación

Algunos/as profesionales de la salud reconocen **discriminación, racismo y xenofobia hacia pacientes migrantes** dentro de sus equipos de trabajo o en sus propios colegas. También mencionan ser testigos de maltrato **por parte de pacientes chilenos/as hacia profesionales de la salud de distintas nacionalidades**.

La mayor parte de estas situaciones transcurren en conversaciones de pasillo, y son muy pocas las instancias donde profesionales de la salud son testigos directos de actos discriminatorios in situ al existir una imposibilidad práctica de fiscalización del espacio del box. En este sentido, la manera que tienen los equipos de salud de poder identificar **actitudes discriminatorias** en sus equipos es cuando surge alguna **conversación que da cuenta de preferencias en la atención a pacientes nacionales por sobre extranjeros o de estereotipos utilizados para encasillar y cuestionar a usuarios/as**:

“Los mismos equipos igual dicen “entre atender a un chileno y un migrante voy a dar atención a la que esté en lista de espera chileno qué migrante”, digamos las cosas como son también” (Matrona, Antofagasta)

“Hay funcionarios que a veces no quieren atender a los haitianos porque dicen de las mujeres que no son muy aseadas, que no se cuidan mucho esa parte, andan hediondas (...) Y, eso yo lo notaba así como feo, no me gustaba de algunos funcionarios esa traba, como que no les gustaba. Como que si no estaba la facilitadora no le agendaran personas haitianas. Hay algunos profesionales que no les gusta. Y te piden que no les agendes.” (Técnico Social, La Granja)

“Yo si los pudiese definir de una manera, diría especiales [risas]. (...) Porque vienen con otra visión de la salud, vienen con otra visión de la vida en general, es una población que uno como chileno no la entiende del todo, eso pasa, por lo menos a mí me pasa mucho, en el caso de los dientes no entiendo los descuidos, o algunas cosas que tienden a normalizar. Por eso yo si los pudiera definir, diría (...) especiales. También los definiría quizás como muy demandantes [risas], tienden a ser poli consultantes y un poquito impacientes (...).” (Odontólogo, Antofagasta)

“(...) las mismas TENS, de la gente que los recibe “ay, tenga cuidado porque esta paciente es super gritona”, y yo digo sipo pero los colombianos son así, hablan fuerte, acá nos entendemos yo igual hablo fuerte cual es el problema, “no pero igual deje el box abierto por cualquier cosa”, entonces cualquier cosa de que tú crees que me va a golpear” (Matrona, Antofagasta)

“Recuerdo que hace poco una funcionaria me decía “oye, todas las migrantes se vienen a embarazar, ¿has recibido tú muchas mujeres embarazadas?” (Psicóloga, Antofagasta)

“El otro día escuché a una compañera que dijo “ay me cargan las bolivianas porque son super maltratadoras con sus hijos”, y yo tengo pacientes bolivianas que son un 7 como mamá(...)” (Psicóloga, Antofagasta)

“Y sí me ha llamado la atención, por ejemplo, cuando tuvimos facilitadora en el CESFAM, yo creo que si existían actitudes discriminadoras dentro de los mismos trabajadores de salud hacia ella. Y da mucha pena como evidenciar eso, porque uno puede... a ver... como practicar una salud inclusiva e integral para el resto de los usuarios y eso incluye a usuarios de otras nacionalidades, pero cuando uno ni siquiera es capaz de ponerlo en práctica con un compañero de trabajo ahí uno entiende que hay creencias que están mucho más arraigadas de lo que uno creía.” (Odontóloga, La Granja)

En ciertos casos, esta discriminación es vista por profesionales de la salud en el ámbito de tratamientos y/o acciones/decisiones en salud por parte de otros equipos:

“Otro caso, una chica Venezolana, su hijo pesaba 5 kilos, nadie se preocupó de su caso, nadie la apoyo. Yo le dije, si quieres hacemos la denuncia. De mis años que llevo trabajando, nunca había visto algo tan crítico. Siento que fue un grado de violencia, de discriminación, fue muy terrible. Yo le dije, si haces la denuncia, te apoyo, esto merece una demanda. No quiso denunciar, le dio miedo, ¿te das cuenta? Le dije, lo que hicieron contigo es criminal, yo estaba tan enojada, no podía dejar de hablar de ello. Nunca había visto un daño tan grande, tremendo; no quiero pensar que lo hicieron porque era venezolana; ellos sabían que nunca iba a reclamar. Un hijo de 5 kilos, ella flaquita, menuda, desgarrada, fue terrible. Sentí que fue un acto discriminatorio, violencia absoluta.” (Matrona, Temuco)

Otro ámbito donde se presentan **actitudes discriminatorias** se relaciona a la **molestia o inconformidad que genera que los/as pacientes de habla no hispana no aprendan el idioma de forma rápida** para acercarse a centros de salud y poder ser atendidos/as:

“También a mí me pasaba, me pasaba antes también, y que yo muchas veces lo dije, pero era una opinión personal...eh... yo también sentía que había muchas personas que llevaban mucho tiempo viviendo en Chile de origen haitiano y que no aprendían español. Y me daba la impresión de que también tenía que ver un poco con una intención de no querer aprender. (...) había personas que a veces yo sentía que no querían mucho aprender, por la cantidad de tiempo que ya llevaban en el país. No sé, tal vez ahora ya tuvieron que acostumbrarse porque no queda otra. Pero yo también soy de la idea que cuando uno va a otra parte, ya sea una migración nacional o internacional, uno va a un lugar donde asume que tiene que haber una cierta adaptación, (...) en otro lugar van a haber otras costumbres y muchas veces uno las tiene que adoptar porque es parte del sacrificio que uno hace al momento de migrar.” (Odontóloga, La Granja)

Cabe mencionar que la apreciación de incomodidad con los/as pacientes de habla no hispana no representa el sentir de la mayoría los/as funcionarios/as consultados/as en el estudio, pero si aparece reiteradamente en regiones con fuerte presencia de población haitiana en contraste a las poblaciones de origen peruano, boliviano, colombiano y venezolano, con las que no se presentarían esta dificultad idiomática durante la atención. Esto es interesante de contrastar con lo que ocurre en la Región de Antofagasta que, más acostumbrada a la presencia de extranjeros/as con raíces indígenas, también identifican barreras de idioma y comunicación en migrantes de países que hablan español. En este sentido, **donde se genera incomodidad por el no aprendizaje de la lengua también se homogeniza a la población migrante hispanoparlante, concibiendo discursos discriminatorios que**

no contemplan la realidad social del migrante, su contexto de vulnerabilidad y de precariedad, y que establecen la barrera de idioma como una responsabilidad que debe ser sorteada exclusivamente por el/la usuario/a:

“Y también se escucha acá que muchas veces hicieron cursos, por ejemplo, de creole para los funcionarios y los funcionarios como “Bueno, ¿y por qué yo tengo que aprender creole? Si en el fondo ellos vienen llegando acá y entonces que ellos aprendan el idioma. O sea, ¿Por qué uno se tiene que adaptar al paciente?” (Enfermera, La Granja)

“Por otro lado, lo que sucede con la barrera idiomática, no se ve ningún esfuerzo en el equipo de salud, por tratar de entender , al contrario, señalan: “bueno si ellos se quisieron venir tienen que entender el idioma”.” (Matrona, Temuco)

Otro espacio donde se presentan posturas discriminatorias se relaciona a aspectos de la maternidad de algunas poblaciones migrantes. En el caso de la población haitiana, ésta es categorizada como desapegada a sus hijos/as por actitudes que muestran respecto a la lactancia:

“Hay un tema también relacionado con la lactancia materna, donde tampoco hay como una fuerte promoción de la lactancia materna.” (Odontóloga, La Granja)

“Mira, como estereotipo lo que más he escuchado, y no es por opacar siempre a los haitianos, lo que más he escuchado es que las mamás haitianas son desapegadas con sus hijos. (...) De hecho, creo que lo he escuchado en cursos. Por ejemplo, que cuesta la lactancia materna, comentar la lactancia materna de la mujer haitiana con su guagua porque no son apegados a ellos. Lo escuché hasta en un curso.” (Matrona, La Granja)

Esta apreciación no es homogénea entre los funcionarios de la salud. Quienes difieren de esta mirada, reconocen que estas actitudes no son más que prejuicios que afectan el proceso de atención, y que lejos de ser negligentes con su salud, muchas usuarias migrantes son especialmente dedicadas con su salud sexual y reproductiva, y con sus hijos/as:

“Hay muchos estereotipos, se habla muy livianamente de el desapego que tienen las madres haitianas que respecto a los niños recién nacidos. Se construyó una hipótesis, una historia sobre eso y la verdad que nadie sabe si es muy... (...) usted ha de saber que no se trata de la primera impresión, sino que hay que hay aspectos culturales, muy profundo y uno, conocer esa materia, uno adquiere prejuicio (...) entonces yo creo que eso ha estado presente, prejuicio que pueden dañar al proceso de atención en salud - enfermedad que uno tiene con el paciente.” (Médico, Temuco)

Discriminación

- ⇒ Experiencia de discriminación, racismo y xenofobia desde equipos de salud hacia pacientes migrantes, y desde pacientes chilenos/as hacia profesionales de la salud migrantes.
- ⇒ No se es testigo directo, pero se conocen experiencias de discriminación en tanto se habla de preferencias a pacientes nacionales, o se utilizan estereotipos para categorizar a persona migrante y para cuestionar los relatos, las experiencias, y los roles familiares de los/as usuarios/as.
- ⇒ Actitudes discriminatorias en torno a la molestia causada con pacientes que no manejan el idioma español, y “la tardanza” en aprender a hablarlo, desconociendo el contexto de vulnerabilidad y precariedad.

III.III Entrevista

La entrevista es considerada por distintos profesionales de la salud como el **espacio que posibilita aprehender parte de la cultura de la población migrante**, además de comprender las historias de vida de las personas, ambos elementos que permiten afinar los diagnósticos y abordar de manera más holística el tratamiento entregado a los/as usuarios/as. Por supuesto, el espacio de la entrevista tiene como limitación el tiempo asignado a la atención y a los ingresos dependiendo de si se habla de APS o de ASS.

Algunos equipos de salud han implementado preguntas dentro de la entrevista que les ha permitido tener una perspectiva con mayor pertinencia cultural en la atención. Las preguntas que han sido probadas incluyen **aspectos respecto al proceso migratorio** que han vivido los/as usuarios/as, desde el tiempo que se lleva viviendo en el país hasta los motivos de la decisión de migrar, haciendo un paso por posibles eventos traumáticos o relevantes e indagando en apreciaciones personales respecto a su proceso migratorio:

“Casi siempre pregunto cuántos años llevan, porque si llevan mucho tiempo uno se da cuenta de cómo han sido las cosas, que a veces están por un elemento “x”, pero cuando es una migración de poquito tiempo yo siempre me pregunto ¿Y cómo decidiste migrar? Y claro es un proceso que no toma de un día para otro, involucra dejar.” (Psicóloga, Antofagasta)

“Yo creo que el tema de la incorporación fue de a poquito, de mostrar un interés desde la entrada no sé: ¿Le gustó Chile?, ¿Qué le parece el clima?, claro uno puede decir y que te importa a ti pero creo que es importante porque así yo logro un lazo de confianza con la persona, la gente igual se identifica, ve que me intereso en cómo fue su proceso, pregunto cómo fue el ingreso y por qué, o como fue el viaje, como fue para los niños, como fue el tema del bus, como fue llegar, como fue el campamento, si es que tiene familiares, si es que vio el tema de la educación, si es que tiene documentación de salud, de ahí parte todo el proceso de explicarles el acceso a la salud, y no sólo eso sino también el acceso a la educación, del trabajo...” (Trabajadora Social, Antofagasta)

El **espacio de la entrevista** también ha servido para que, a través de la conversación, se genere **vinculación con el profesional de salud** y se perciba la atención como una instancia “cercana” y “agradable”, un espacio de “escucha”. Esto, en la práctica, **facilita** abordar uno de los mayores desafíos de la atención a migrantes que es la **asistencia a controles y la adhesión a planes de tratamientos y cuidados**. Generando este espacio de confianza dentro del box, los equipos de salud podrían realizar, en paralelo a la consulta, instancias educativas en salud logrando una buena recepción por parte de los/as usuarios/as migrantes. El lazo de confianza logrado a través de la entrevista sería fundamental y constituiría la base de la relación que establezca el usuario migrante con la APS.

Entrevista

- ⇒ Espacio que posibilita conocer la cultura de la población migrante.
- ⇒ Equipos de salud han implementado preguntas respecto al proceso migratorio que contribuyen a generar vínculo profesional-paciente, y que, a la vez, facilita la asistencia a controles y adhesión a planes de cuidado y tratamientos.

III.IV Situación de vulnerabilidad pacientes migrantes

Otro de los aspectos relevantes mencionados por los funcionarios/as de la salud para problematizar el acceso a la salud de pacientes migrantes y que **influye en la posibilidad de adhesión a tratamientos y en la asistencia a controles a centros de salud** así como en el mismo proceso de atención, son las condiciones de vulnerabilidad que viven los usuarios:

“O sea, (...) le pregunto (...) todo lo que tiene que ver con su entorno, su trabajo, porque es súper fácil decir “ah no paciente irresponsable, inasistente” pero quizás, a lo mejor, esa paciente no tenía dinero para venir al control, no tenía con quien dejar a sus hijos, y eso también hay que irlo adecuando si es que nosotros queremos que sigan el tratamiento o que vengan al control, uno tiene que ser accesible, uno tiene que ser comprensible...” (Matrona, Antofagasta)

“Ese bebé que estaba en camino, era muy pequeño, entonces había que hacerle una cesárea de urgencia para sacar al bebé (...) *(ella)* se arrancó, entonces no se fue a hospitalizar, (...)le expliqué que el bebé tenía que salir de una manera, porque era muy pequeño y me dice “ya bueno me voy”... no se fue ese día, se fue al otro día, porque ella tenía la esperanza de que ese bebé iba a salir, y al final descubrí que no era solo por eso, sino porque no tenía ropita para el bebé, no tenía los pañales, entonces ella como que sentía miedo y dijo, ¿y quién me va a cuidar si me operan?...” (Matrona, Antofagasta)

Los equipos de salud identifican aspectos que tienen mayor incidencia en la atención a población. En el ámbito familiar, se destacan principalmente los **cambios en la conformación de los grupos familiares** (en esto se incluye el posible abandono por padres), la **violencia intrafamiliar**, las **experiencias de abuso sexual** y la **exposición a violencia en el espacio público**. Se suman a esto la mayor **exposición a delincuencia, a alcoholismo y a consumo de drogas**. En este ámbito también se menciona la **violencia de género**, donde las pacientes mujeres se encuentran en una doble situación de violencia dentro de sus familias al ser víctimas de violencia física intrafamiliar y ante la imposibilidad de abandonar el núcleo familiar por dependencia económica con el agresor, contar con nulas redes de apoyo, estar a cargo de hijos e hijas, y por desconocer la lengua, en caso de mujeres migrantes de países de habla no hispana, dependiendo en todo ámbito de sus esposos que sí manejan el idioma. Por otro lado, la violencia de género que experimentan las mujeres migrantes no solo está presente en los espacios íntimos familiares, sino que también se encuentra presente en la sociedad que las recibe, generando dificultades en el espacio laboral que suponen un desafío en la atención en salud en cuanto no solo implica poder atender a la paciente migrante, sino que eventualmente también contempla activar redes de apoyo, realizar labores de orientación y de contención para poder apoyar emocionalmente e incluso orientar jurídicamente a las pacientes.

Por otro lado, en cuanto a las **condiciones de habitabilidad, el hacinamiento, la higiene y salubridad, el acceso a agua potable, a internet, a tecnología, la ausencia de sistema de alcantarillado, y la ausencia de áreas verdes y de esparcimiento** tienen implicancias directas en la atención a personas migrantes, tanto respecto a las patologías observadas, las enfermedades adquiridas y las dificultades de salud mental presentadas.

Otros aspectos no menos relevantes en la atención en salud a población migrante es la **baja escolaridad y el analfabetismo**, elementos que caracterizan a poblaciones que se insertaron laboralmente a temprana edad y que tienen como prioridad sostener económicamente a sus familias por sobre su condición de salud, situación que implica un desafío en la atención al ser este uno de los principales motivos de inasistencia a controles por parte de los usuarios.

Situación de vulnerabilidad pacientes migrantes

- ⇒ Influye en posibilidad de adhesión a tratamientos y en la asistencia a controles a centros de salud.
- ⇒ Cambios en conformación grupos familiares, violencia intrafamiliar, abuso sexual, exposición a violencia en espacio público, exposición a delincuencia, alcoholismo y consumo de drogas, violencia de género hacia mujeres migrantes, baja escolaridad, analfabetismo y condiciones laborales.
- ⇒ Condiciones de habitabilidad, el hacinamiento, la higiene y salubridad, el acceso a agua potable, a internet, a tecnología, la ausencia de sistema de alcantarillado, y la ausencia de áreas verdes y de esparcimiento.

IV. Dificultades a la atención en salud en población migrante

En base a la experiencia con la que cuentan los equipos de salud, se indican ciertos elementos que actúan como barreras o dificultades que se presentan al momento de otorgar la atención en salud.

IV.1 Trato en atención en salud

El primero de ellos se relaciona a lo que los funcionarios de la salud denominan “trato”. Diferentes equipos de salud han percibido malos tratos en la atención a personas migrantes por parte de colegas en el área clínica, que se estaría propiciando por la **falta de desarrollo de empatía** en los equipos de trabajo **debido al desconocimiento y la falta de sensibilización** con lo que implica el proceso migratorio. En este sentido, el maltrato es entendido como falta de empatía y poca cercanía en la realización de la entrevista/anamnesis, y la negación de la orientación respecto al acceso a atenciones en salud.

“Yo creo que (...) se trata de instaurar políticas de buen trato laboral, pero de política pública desde el Estado, que las baje (...). Ese es el tema más importante igual porque muchas veces, claro, efectivamente hoy en día hay muchos migrantes que llegaron de manera irregular, y lamentablemente algunos funcionarios no tienen la empatía al momento de atenderlo y no los orientan, como que la persona supiera de qué se trata siendo que está en otro país, que todo el proceso es distinto, de hecho. Entonces eso es lo que les falta al hospital, a los servicios públicos en realidad, porque en el CESFAM pasa lo mismo porque ahí he conversado con otros colegas en el área clínica sobre todo.” (Trabajadora Social, Antofagasta)

Trato en atención en salud

⇒ Maltrato por parte de los equipos de salud en cuanto a falta de desarrollo de empatía con el paciente por desconocimiento y no sensibilización con el proceso migratorio.

IV. II Número de Identificación Provisorio NIP y RUT

Otra barrera a la atención en salud identificada por los/as trabajadores/As es el **tiempo que tarda la gestión del Número de Identificación Provisorio**, que pone trabas al proceso de regularización de la situación migratoria y que, a la vez, estaría **deteniendo procesos de gestión de ayudas y/o beneficios a los que puede acceder un paciente**. De la misma manera, cuando las personas migrantes logran obtener este el **RUT definitivo, deben regresar a APS para regularizar** esta situación que implica cambios en las fichas clínicas, recetas, y cambios en las interconsultas, que finalmente retrasan el proceso de atención en ASS. De este modo, recae en la voluntad del funcionario o funcionaria realizar esta tarea administrativa y buscar alternativas de apoyo a las derivaciones que se deban gestionar. En algunos casos, inclusive, se menciona que **no contar con NIP o RUT se utiliza como motivo para negar la atención en salud**, pese a lo que señala la normativa:

“(…) siempre estando la voluntad del funcionario y se lo prometo que es así, uno buscaba alternativas como los correos y generando redes, teníamos un enlace con las chicas del hospital y así con los otros CESFAM íbamos resolviendo, buscando las posibilidades de poder dar una respuesta pronta a esa problemática” (Administrativa, Antofagasta)

“-¿Crees que puedan haber diferencias en la atención a la población migrante, en relación a atención secundaria, las derivaciones que ustedes realizan?

-Yo creo que es igual que la de los compatriotas (...) lo que, si se complejiza un poco con las personas que recién están llegando, es el RUT provisorio que lo tienen que cambiar, vuelven a nosotros y como que se les atrasa el proceso. (...) cuentan con RUT provisorio y una vez que les aparece ya el RUT definitivo, tienen que cambiar la interconsulta, las recetas médicas, entonces eso es volver al APS, retroceder, para que los vuelvan a ingresar, vuelvan a enviar la interconsulta, todos sus documentos, que no se ve tanto en los chilenos, porque ya cuentan con un RUT que no se va a cambiar.” (Trabajadora Social, La Granja)

Número de Identificación Provisorio NIP y RUT

- ⇒ Tardanza y tiempos de gestión de NIP, atrasa atenciones en salud y detiene proceso de gestión de ayudas y beneficios.
- ⇒ Obtención RUT definitivo implica regularización en APS, por tanto, tardanza en interconsultas y derivaciones.
- ⇒ No contar con NIP como argumento para negar la atención en salud.

IV.III Acceso tardío: Temor, desconocimiento del sistema de salud y presión asistencial

El acceso tardío a la salud se establece como un elemento relevante en sí mismo al hablar de barreras a la atención en salud, donde **los/as usuarios/as migrantes privilegian las atenciones curativas por sobre las preventivas**. Para algunos/as profesionales de la salud, este comportamiento se relaciona a negligencia desde los usuarios con el tratamiento de su salud y la de sus familias, mientras que para otros/as profesionales esto ocurre debido a que existen barreras previas que tienen como consecuencia un acceso tardío de los usuarios/as, tales como las condiciones de ingreso que afrontaron al llegar al país (en ocasiones las pacientes llegan transitando por diferentes países y no han podido hacer seguimiento de sus embarazos) y las condiciones de vulnerabilidad en las que habitan donde la salud no es la primera preocupación pero sí lo es lo laboral para poder generar ingresos económicos y lograr cierta estabilidad. Además, **habitar en condiciones precarias y vulnerables generaría temor** en la población migrante a acercarse a instituciones del estado, ante la **posibilidad de que su situación migratoria sea denunciada** por profesionales de la salud, o que sus viviendas sean evaluadas y se presenten **medidas de protección en tribunales de justicia con la consecuencia de perder la custodia de sus hijos/as**.

No se debe dejar de mencionar la **pandemia** como otro factor que en el último tiempo actuó como barrera del acceso a la salud de las personas migrantes. Al redistribuirse los recursos humanos a otras atenciones de urgencia, disminuyó el personal disponible para atender necesidades que no fuesen contagios por COVID. Asimismo, los usuarios migrantes que en gran medida dependen de trabajos precarios, se vieron enfrentados a la idea de posibles despidos por no cumplir con los deberes debido a posibles contagios, **dejando de asistir a los centros de salud, pensando estos lugares como focos de contagio**, y por la necesidad imperiosa de mantener su fuente de ingresos durante ese tiempo, por lo que se recluyeron para evitar contacto con otras personas. De todas maneras, los/as profesionales de la salud reconocen los altos contagios que se concentraron en campamentos de migrantes por las condiciones de salubridad y de habitabilidad.

Por otro lado, el **desconocimiento del sistema de salud** y, por lo tanto, de los servicios a los que pueden acceder las personas migrantes, como vacunas de niños, atención de embarazadas y garantías GES entre otros, también propicia el acceso tardío al sistema de salud público.

“Me ha pasado por ejemplo que (...) uno puede atender a adultos en odontología, llegan muchos, por ejemplo, por dolor, cosas que son solucionables más en los SAPU más que en la atención misma de tratamiento. Y, también, consultando por otro tipo de prestaciones que lamentablemente no se hacen en nuestro sistema público. Y se sorprenden, por ejemplo, al saber que las embarazadas son las únicas que tienen como la salud oral integral cubierta, porque no lo sabían, entonces también los mandan muchas veces desde el ingreso del embarazo los mandan a nosotros al ingreso odontológico, al GES. (...) Explicar un poco el contexto y la importancia de esa atención, es más, es un poquito más de tiempo (...) el resto de los migrantes todavía no se sabe mucho ciertos beneficios.” (Odontóloga, La Granja)

“Yo me he demorado un poco más porque he tenido que explicarle con más detalle. Por ejemplo, hay migrantes que llegan, colombianos, venezolanos, peruanos que llevan años y se manejan súper bien en el sistema primario, saben lo que significa “interconsulta”, saben lo que significa una “derivación a nivel central” que es hospital. Mientras que otros no llevan

tanto tiempo, hay que explicarles por ejemplo qué es GES o decirle: “esto no tiene prioridad para el hospital, entonces se va a demorar un poquito”. Entonces, hay que cuidar las palabras y no usar tecnicismos, modismos, la palabra “GES” que quizás un inmigrante recién llegado no tiene idea lo que son las enfermedades GES en el sistema público de nosotros. Entonces, me ha costado eso, me he demorado más, porque intento, y uno sabe al tiro que el paciente entiende o no, porque los ojos avisan todo, ahora que usamos mascarilla. Entonces, uno trata de tener un poquito más de cuidado, eso hace que la atención se demore veinte minutos para cuidar que el paciente haya entendido.” (Tecnólogo Médico, Valparaíso)

Al respecto, más que culpar a los/as usuarios/as por esta desinformación, los equipos de salud reconocen que en ocasiones son ellos/as mismos/as quienes no brindan esta información a sus pacientes, o bien no cuentan con el espacio y tiempo de consulta para poder hacerlo. Finalmente la labor informativa recaería mayormente en el/la beneficiario/a quien debe buscar activamente esta información acercándose a los centros de salud. Sin embargo, también existiría **desinformación del personal de salud y poca capacitación en la temática, lo que también contribuiría a la desinformación de los/as pacientes migrantes**. Esto genera frustración en los/as usuarios/as quienes, sumado a la ralentización de las atenciones y la constante derivación entre distintos lugares para recibir información completa respecto al Sistema de Salud Chileno, muchas veces optan por “desertar” del sistema de salud.

Por otra parte, la **presión asistencial** que se genera por los atrasos en la entregas de los NIP, el **retraso en la atención en cuanto a las horas consignadas** para tal efecto, la **existencia de equipos agotados** física y emocionalmente post pandemia y la **poca disponibilidad de especialistas** en los establecimientos de salud también generan dificultades de acceso. Cabe recalcar que la presión asistencial que se experimenta en los centros de salud es mayor en ASS que en APS y difiere entre éstos mismos, dependiendo de la demanda que tengan dentro de las comunidades que atienden.

Acceso tardío

- ⇒ Preferencia atención curativa por sobre preventiva.
- ⇒ Temor por ser denunciados por equipos de salud.
- ⇒ Temor por habitar en condiciones precarias, ser denunciados y perder la custodia de hijos/as.
- ⇒ Pandemia: temor a contagios en centros de salud.
- ⇒ Desconocimiento del sistema de salud y prestaciones a las que pueden acceder.
- ⇒ Desinformación de equipos de salud favorece la desinformación de pacientes migrantes.
- ⇒ Presión asistencial, equipos agotados, retraso en tiempos de atención y poca disponibilidad de especialistas.

IV.IV Aspectos culturales: idiosincrasia y lengua

Otro aspecto que dificulta la atención de acuerdo a la perspectiva de los equipos de salud tiene que ver con elementos culturales de las poblaciones migrantes.

En la experiencia de Antofagasta, la población colombiana es bien valorada respecto a la adhesión y seguimiento de planes de tratamiento, contrario a lo que ocurre con la población boliviana. Cuando se consulta por los posibles factores que causan esta no preocupación por seguir los tratamientos y asistir a los controles, se señala que la población boliviana tendrían **dificultad para entender lo que el personal de salud les indica**, de acuerdo a los equipos de salud, debido a la baja escolaridad y al “carácter sumiso” que caracteriza a esta población. Pese a ello, reconocen no indagar en si existe uso de otro idioma o lengua en esta población. En la misma línea se señala que, en ocasiones, se perciben **“resistencias” a los tratamientos recetados por parte de algunas poblaciones** que manejan otros conocimientos, creencias o medicinas, generalmente atribuido a poblaciones de origen más rural. Para ciertos equipos, sin embargo, esto también se relaciona a los niveles de escolaridad más que una diferencia cultural. Mientras que **para un grupo de profesionales esta resistencia está asociada a una preferencia cultural, para otro estaría dado por un bajo nivel de escolaridad.**

De manera transversal a los territorios consultados, los equipos de salud concuerdan en que existe un **desconocimiento generalizado respecto a los elementos culturales propios de las poblaciones migrantes**. Esto no sólo dificultaría el proceso de atención al no poder acceder a los conocimientos y creencias con los que llega a una consulta un/a usuario/a migrante, sino que también incide en el establecimientos de estereotipos y en posibles diagnósticos errados en tanto se aplican pautas biomédicas referentes al país de llegada y no al país de origen:

“Me acuerdo que también, años atrás, en algunas reuniones, conversaciones con equipos educacionales, los profes super complicados en donde nos decían: “oye, necesitamos urgente ingreso programa de salud mental infantil porque tengo niños extranjeros que están hiperactivos y son hiper déficit atencional, hiper hiperactivos, y necesitan tratamiento y atención”. Y me acuerdo que cuando iba al colegio en alguna oportunidad a hacer talleres, veíamos que en realidad el niño, el niño migrante, estaba conviviendo acá pero como si estuviese en su país, y en su país qué se hace en los recreos: se juega, se cuelgan en los árboles, se suben a los árboles y andan saltando libres; versus un modelo educativo distinto al que tenemos acá. Entonces, y de ahí comprender de que en realidad el niño no es hiperactivo, no tiene un trastorno hiperactivo, sino que en realidad es su vida, es su cultura, y con lo que trae, y que acá queremos imponer.” (Psicólogo, La Granja)

“Y ofrecería como, quizás, (...) crear equipos interdisciplinarios con pertenencia cultural. Yo creo que eso es super importante, porque el tema del desapego, entre comillas, de las madres haitianas, sabemos que no viene por una cultura de desapego, sino que otros temas de creencias de cómo viven la enfermedad, cómo viven el tema de la leche que le estarían traspasando a sus hijos, entonces quizás es como una respuesta totalmente contraria a lo que como chilenos creemos que es el desapego. Entonces para ir develando como todas esas circunstancias, necesitamos equipos involucrados y que no sean personas aisladas al final ante una respuesta, que esto viene para largo” (Odontóloga, La Granja)

Respecto al **uso de otras medicinas**, en particular al **uso de hierbas**, no hay acuerdo respecto a la actitud que toman los equipos de salud. Por un lado, algunos equipos señalan que en ocasiones los profesionales de la salud indican a los/as usuarios/as continuar tomando las hierbas y complementar su tratamiento con lo que ellos/as están recetando. Por otro lado, otros profesionales señalan el resguardo que debe tenerse al tratar con medicamentos y hierbas en conjunto por posible riesgo a la salud del paciente debido a interacciones farmacológicas. A la vez, otros/as funcionarios/as señalan que existen quienes, reacios a otros tipos de medicina que no sean la perspectiva biomédica, rechazan el tratamiento que está siguiendo el paciente, sea este con uso de hierbas o medicina tradicional. **Los equipos de salud concuerdan ampliamente en que, para que el tratamiento indicado se complemente al cuidado que ya está llevando el/la usuario/a, debe darse en un espacio de diálogo y consenso**, si no, se corre el riesgo de que el usuario se retire del centro de salud abandonando el tratamiento sugerido.

Otro aspecto que los/as profesionales de los equipos de salud mencionan como barrera se relaciona al idioma y al lenguaje técnico utilizado durante la consulta.

En este ámbito, se producen una serie de **dificultades asociadas al idioma y uso de lenguaje**. Una primera dificultad en la atención se relaciona **asumir al paciente como hispanoparlante** sin realizar una consulta previa², llegando a sospechar “deficiencia intelectual” por la falta de comprensión del usuario/a:

“Hubo un inconveniente con una embarazada, no había caso y no entendía, la derivamos a un programa de salud mental pensando que había un problema porque no entendía, y un día la escuché hablando por celular en otro idioma, nunca habló español, entonces para los controles tuvo que venir con alguien más y desde ese error empecé a preguntar, uno a veces cae en ese error, nunca hemos pedido traductor.” (Trabajadora Social, Antofagasta)

Para evitar que esto se traduzca en una barrera en la salud, algunos centros de salud han establecido como protocolo la posibilidad de que los/as usuarios/as puedan **ingresar a los box de atención con un acompañante que pueda hacer las veces de traductor** en toda ocasión en que el establecimiento de salud no cuente con este profesional:

“Sí, se ha podido pesquisar, (...) en los adultos mayores supongamos de los quechuas más que todo es un poquito difícil la comunicación con esa persona, siempre tiene que venir algún otro familiar que obviamente entienda tanto el castellano o el español y el lenguaje quechua como para poderles describir, eh, que cuál es el procedimiento a seguir y cómo tiene que llevar ese procedimiento, lo mismo, eh... bueno, y tiene que estar acompañándolo totalmente para evitar ese malentendido de, de tanto lenguaje como de información.” (Facilitador Intercultural, Antofagasta)

Sin embargo, cabe mencionar que la posibilidad de ingresar acompañado con un familiar que actúe como traductor se vio restringido durante la pandemia, debido a los aforos durante las distintas fases de apertura, lo que nuevamente se tradujo en barreras a la atención.

² Principalmente en la experiencia de funcionarios/as de Antofagasta.

Para la Región Metropolitana, Araucanía y Valparaíso, la **barrera idiomática** mayormente se relaciona a la atención a población migrante que proviene de países no hispanoparlantes, como Haití. En este caso, el **no poder comunicarse** no solo **dificultaría la comprensión de las indicaciones entregadas por el personal de salud**, sino que también afectaría a **las prestaciones que los/as usuarios/as requerirían**, a **las derivaciones que deben hacerse hacia ASS**, a **los controles que se les indica deben acudir**, entre otros aspectos. Con el fin de sortear esta barrera, en algunos centros de salud **se dispone de personal de traducción que apoya el proceso de atención de estos/as pacientes bajo la figura de facilitadores/as interculturales**, que no solo apoyan en la consulta, sino que también orientan a estos/as usuarios/as. Pese a ello, se señala que estas personas si bien son fundamentales para poder brindar una mejor atención a los/as pacientes, **no darían abasto** ante la creciente demanda de atención de personas haitianas. Sumado a esto, **durante el tiempo de pandemia**, al priorizarse la atención a contagios de COVID y redirigir los recursos, **esta figura desapareció en distintos centros de salud** dificultando aún más el proceso de consulta:

“Bueno, cuando ya vienen migrantes latinoamericanos, en verdad se hace mucho más fácil el explicar mi área, por ejemplo, en temas jurídicos de ayudas sociales, se hace mucho más fácil, porque no hay una barrera idiomática, muy distinto cuando son usuarios haitianos, que no entienden muy bien el español, no lo manejan, nosotros tampoco manejamos muy bien el creole, entonces se ha hecho bien compleja esa situación. En un tiempo tuvimos una traductora en el CESFAM, pero era una para todos los funcionarios que requieran atención con haitianos, entre ellas las matronas, por ejemplo, que tenían un mayor ingreso de embarazadas haitianas, entonces era mucha la demanda y era poco lo que ella podía colaborar a nosotros y ahí es cuando se nos dificultaba bastante la intervención.” (Trabajadora Social, La Granja)

“Previamente al tema de la pandemia nosotros contábamos con facilitadores, específicamente con respecto a la población migrante, a la población haitiana que eran facilitadores de la información entre el profesional y el usuario, y permitían orientar que la información quedara. Y hacía mucho más fácil esa transferencia de la información, que fue una de las políticas que sirvió mucho en el centro, y, de hecho, nosotros trabajamos en un CESFAM que tiene alrededor de 65.000 usuarios inscritos. Las chiquillas, las matronas por darte un ejemplo, son alrededor de 10, 11. Entonces, el facilitador, el traductor, queda corto. Porque muchas veces ocurría que, claro, se necesitaba de ese servicio y estaba ocupado en otro box; no lo podían encontrar. Pero esas son, siento, una de las pocas políticas que se pudo implementar y que tuvo un impacto en la atención de la población migrante.” (Químico Farmacéutico, La Granja)

Respecto a la barrera idiomática, se señala en la experiencia de funcionarios/as de salud en Temuco que además, **dentro de la población haitiana, existiría una brecha de género en cuanto a la posibilidad de aprender otros idiomas**, como el español, asociado a aspectos culturales que relegan a las mujeres al espacio privado, sin tener instancias desde donde aprender el idioma:

“Respecto de los Haitianos, hay una brecha grande por el idioma, siento que pueden estar más solos. Por el problema de lenguaje, no pueden establecer tantas redes. Tengo la impresión que incluso las mujeres Haitianas, parece ser por lo que me ha tocado observar, es que los hombres logran adquirir más rápido el lenguaje, el español; y las mujeres, no sé si

será porque se dedican a la crianza de los hijos, porque están más en sus casas, pero les es más difícil interactuar, se ven más tímidas. En cambio los hombres, pueden ser que están más acostumbrados a salir más al mundo. No sé si ellos vienen con eso o acá justo les tocó; pero sí he notado que a los hombres pueden aprender mejor que las mujeres Haitianas.”
(Psicóloga, Temuco)

Esto, por supuesto, dificultaría aún más la atención en salud a la población migrante de mujeres de origen haitiano.

En el caso del **lenguaje técnico o la jerga profesional del área de salud**, si bien algunos profesionales señalan que en las consultas “bajan el lenguaje para que sea entendible”, hay indicaciones que de igual forma no son entendidas por los/as pacientes, principalmente entre poblaciones migrantes de origen más rural, con menos acceso a educación y mayor analfabetismo. Sin embargo, esta diferencia en el lenguaje técnico también ha puesto una barrera de comunicación a los/as profesionales de la salud; en algunas ocasiones han sido ellos quienes **se han adaptado a los tecnicismos y nomenclaturas de otros países**:

“También claro hay algunas palabras que ellos nos dicen o sintomatología, u órganos que pueden nombrar que uno no comprende, la primera vez que me encontré con una señora me estaba preguntando que tenía problemas en la matriz y yo no sabía que era un problema en la matriz y yo decía, ¿qué le pasa a esta señora? No comprendía la verdad, y después preguntando un poco más, indagando más, ella me dice que la matriz es el útero.”
(Enfermera, Antofagasta)

Idiosincrasia y lengua

Elementos culturales:

- ⇒ Resistencia, problemas de adhesión a tratamientos y asistencia a controles: entendida como preferencia cultural o bajo nivel de escolaridad.
- ⇒ Desconocimiento generalizado respecto a los elementos culturales propios de las poblaciones migrantes
- ⇒ Uso de otras medicinas: uso de hierbas.
- ⇒ El tratamiento indicado por equipos de salud debe complementarse al cuidado del paciente en un espacio de diálogo y consenso.

Dificultades asociadas al idioma y al uso de lenguaje:

- ⇒ Asumir al paciente como hispanoparlante.
- ⇒ Necesidad de protocolo de ingreso de pacientes migrantes con acompañante para que haga las veces de traductor/a.
- ⇒ Dificultad en comprensión de indicaciones, de acceso a prestaciones, de derivaciones a ASS, y de asistencia a controles.
- ⇒ Facilitadores/as interculturales apoya proceso de atención de pacientes no hispanoparlantes, pero no puede responder a la demanda. Durante pandemia, debido a manejo de recursos, desaparece esta figura en centros de salud.
- ⇒ Dificultad de aprender idioma en población haitiana: brecha de género.
- ⇒ Uso de lenguaje técnico y jerga profesional: adaptación a tecnicismos y nomenclaturas extranjeras.

V. Necesidades de atención en salud a población migrante y capacitaciones del equipo de salud

Los funcionarios/as identifican que las necesidades de salud de la población migrante han cambiado con el tiempo acorde al contexto actual y a los nuevos desafíos que han traído consigo los cambios en la composición de la población extranjera que ingresa al país. En términos generales, se destaca la **necesidad de atenciones en salud mental, salud dental, salud sexual y reproductiva de la mujer y el control de niño sano como áreas prioritarias** de acuerdo a la demanda de las poblaciones migrantes y al diagnóstico que realizan los/as funcionarios/as de la salud en base a la experiencia que han recogido en el espacio de consulta. Sumado a lo anterior, también se identifica una alta **demanda de atención de urgencia y de derivaciones por cáncer**, en particular por cáncer cervicouterino.

Por otro lado, los equipos de salud también identifican que **estas necesidades traen consigo nuevos desafíos respecto a la forma en que brindan la atención al paciente migrante**, y la manera en que se relacionan. Esto también estaría relacionado a la manera en que los profesionales de la salud enfrentan el fenómeno de la migración. Los **principales desafíos** que se les presentan van desde propiciar un **“abordaje cercano de la atención”, a “ponerse en el lugar”** de la persona migrante que consulta, hasta **“entender y aceptar que las personas migrantes tienen derechos que se deben garantizar”**:

“Bueno, yo creo que uno de los puntos relevantes en los migrantes es comprender, en primer lugar, el proceso para la persona de migración. Comprender el proceso adaptativo a lo que fue su toma de decisión de migrar. Yo creo que eso igual es una situación transversal a todos los migrantes, de comprender de qué ha significado el dejar tu país, tu patria, tu origen, y trasladarte a un lugar nunca antes conocido, diferente, lejano, con otra cultura, con otra posibilidad. Y el desafío ha sido como meternos en ese abordaje que antes nunca en mis 14, 15 años de ejercicio, no era tema o no era abordado, ya que solo los beneficiarios eran chilenos, por lo tanto, no existía ese tema. Yo creo que eso ha sido un desafío, el comprender el proceso migratorio, el proceso adaptativo post migratorio. Y yo creo que ahí es un tema, un tema todavía pendiente a seguir trabajando, a seguir como experimentando.” (Psicólogo, Antofagasta)

En base a lo anterior, se identifica la necesidad de **capacitar a todo el personal de salud** involucrado en la atención a migrantes, incluyendo en estos a los/as profesionales a honorarios. Los equipos de salud señalan como **ejes prioritarios** de capacitación:

1. **Lenguas e idiomas** de las principales poblaciones migrantes que son atendidas desde sus centros de salud.
2. **Aspectos culturales** de las personas migrantes, sus saberes, sus creencias, sus costumbres, la realidad nacional de la que migran y otros aspectos idiosincráticos que sirven para obtener un mayor conocimiento del paciente que está ingresando al espacio de consulta.
3. **Herramientas de atención/contención psicológica y de autocuidado para los equipos de salud** ante el impacto que genera acceder a los relatos de pacientes migrantes.

4. **Sensibilización ante la situación migratoria** del paciente para lograr atenciones más personalizadas que respondan a sus necesidades.

5. **Comunicación asertiva y efectiva** durante la consulta, enseñanza de **herramientas de apoyo y de recursos gráficos** que permitan acercar la práctica sanitaria a las y los usuarios que tienen mayor dificultad con el lenguaje.

6. En el ámbito administrativo, se sugiere capacitar al personal en el proceso de atención e ingreso del paciente.

7. Por último, se menciona la **necesidad de desarrollar estudios epidemiológicos de las poblaciones extranjeras** que solicitan atenciones en salud, y capacitaciones al respecto dentro de los equipos de salud. Esto surge desde el esfuerzo de los equipos de salud por elaborar perfiles útiles para evaluar pacientes de otras nacionalidad y desde la crítica a las pautas estandarizadas de medición chilenas, herramientas que no se han adaptado con el paso del tiempo a población migrante, y que muchas veces llevan a mal diagnosticar a poblaciones con otros estándares de salud, con indicadores de salud que no aplican a las poblaciones migrantes y/o con patologías que, en la práctica, no poseen:

“Una, la cuestión de la atención que uno tiene que hacer de los problemas de la piel a mí me ha pasado que no tengo ninguna formación respecto a la piel de la persona afroamericana, una persona de piel oscura, no tengo ninguna información. Entonces me he encontrado con problemas dermatológico y yo no sé si estoy, sí estoy en lo correcto, si estoy derivando correctamente. Entonces he tenido ahí varios inconvenientes, he tenido que revisar un poco de una información y también respecto a cuestiones de salud mental, aspectos relacionados a la sexualidad y la salud mental, a personas jóvenes que se encuentran sin pareja y que, de alguna manera, eso le afecta su salud mental, de manera parece que más profunda que a la cultura nuestra. Y he ido comprendiendo algunos aspectos ahí bien interesante y bien tabú, por eso le quería decir ese concepto. Porque introducirse, por ejemplo, en estudio de sexualidad de la población migrantes una cuestión súper rara yo creo que el sistema de salud prefiere crear planes de cómo se llama de atención de los niños recién nacido en vez de introducirse en esa materia.” (Médico, Temuco)

“Creo que ha habido algunos esfuerzos por entender las patologías que son más propias de algunas personas. Esfuerzo por estar más atentos, por ejemplo las personas que tienen la piel más oscura, hacen más hipertensión. Sí, ha habido un esfuerzo.” (Matrona, Temuco)

“Pero, claro, por ejemplo, las guías clínicas chilenas solamente te hablan bajo la población chilena, entonces nos pasaba que los haitianos tenían generalmente la radiografía de cadera siempre alterada. Pero claro, una cosa anatómica que la raza más negra tenían como que los ángulos acetabulares un poco, entonces había que tener un margen porque había que ver, y eso nadie te lo dice, o sea, eso es buscar ahí en medicina basada en evidencia y a que los médicos les interese el tema y busquen. Pero la parte como de la guía clínica no, entonces todos los niños eran tratados por displasia de cadera sin estudiar en el fondo, porque la norma te dice el ángulo super específico para la raza más de nosotros.” (Enfermera, La Granja)

Necesidades atención a población migrante y capacitaciones equipos de salud

- ⇒ Necesidad de atenciones en salud mental, salud dental, salud sexual y reproductiva de la mujer y el control de niño sano como áreas prioritarias; demanda de atención de urgencia y de derivaciones por cáncer.
- ⇒ Nuevas necesidades, nuevo desafío en forma en que se brinda atención al paciente: abordaje cercano a la situación migratoria del usuario/a.
- ⇒ Necesidad capacitación personal de salud en: Lenguas e idiomas, aspectos culturales, herramientas de atención/contención psicológica y autocuidado para equipos de salud, sensibilización ante situación migratoria, comunicación asertiva y efectiva, herramientas de apoyo y de recursos gráficos, capacitar al personal en el proceso de atención e ingreso del paciente, y necesidad de desarrollar estudios epidemiológicos de las poblaciones extranjeras y capacitar al personal de salud.

VI. Política Salud Migrantes

En cuanto a la Política de Salud de Migrantes, el nivel de **conocimiento que tienen los funcionarios/as de la salud es diferido**. En algunos casos se señala conocer a grandes rasgos sus planteamientos, haber recibido algunas capacitaciones al respecto o información general relacionada a esta a través de folletería o mails; en otros casos se reconoce desconocerla en su totalidad. Sin embargo, es bien valorado que se estipule que la atención a pacientes migrantes se deba otorgar bajo cualquier circunstancia sin discriminar.

Pese a ello, los equipos de salud sugieren ciertas **mejoras o elementos que debiese contemplar la Política Pública**. Al respecto, se señala que las políticas en salud publicadas hasta el momento establecen horizontes de acción, pero no guían la aplicación en concreto, quedando a criterio de cada establecimiento de salud la forma en que se implementarán. En este sentido, **el principal eje a incluir en la Política de Salud a Migrantes es la atención con pertinencia cultural**.

Sumado a lo anterior, se señala que la política pública se encuentra “al debe” con la **incorporación de todos los actores y todos los profesionales implicados en el proceso de atención salud-enfermedad**, al igual que con la actualización de temáticas asociadas a las poblaciones migrantes.

Otros elementos que se menciona debería involucrar la Política de Salud de Atención a Migrantes tienen que ver con **mejorar el acceso a la salud a través de la entrega de un RUT provisorio** disminuyendo los tiempos de gestión de estos a la vez que se propicie **un proceso centralizado y acompañado**:

“Que sea más rápido la entrega de por ejemplo el RUT provisorio, para poder efectuar la atención, que sea más rápido, que no sea tan burocrático, que no tengan que ir de un lugar a otro, a Fonasa por ejemplo y después al CESFAM, que no le resulte y tienen que devolverse. Como pelotear a la gente, yo creo que quizás se podría evitar. A lo mejor, habilitar que puedan inscribirse directamente en el CESFAM, con un RUT provisorio de Fonasa, o inscribirlo en el mismo lugar, pero desde ahí eso podría tomarse en consideración.” (Trabajadora Social, La Granja)

Finalmente, y a partir de la experiencia del estallido social y la pandemia, los equipos de salud enfatizan en que **las políticas de salud que surjan no pueden sufrir retrocesos por situaciones de contingencia nacional, y deben considerar este factor en la evaluación de su aplicabilidad**. Por otra parte, los **pilares fundamentales que debiesen incluir** las políticas dirigidas a la atención en salud de poblaciones migrantes son “el derecho a la atención”, “los derechos humanos”, y “la dignidad”, elementos básicos para el acceso oportuno.

Política Salud Migrantes

- ⇒ Parcial conocimiento de la Política.
- ⇒ Sugerencias de mejoras: atención con pertinencia cultural, incorporación de todos los actores y todos los profesionales implicados en el proceso de atención salud-enfermedad, entrega de RUT provisorio como proceso centralizado y acompañado, evaluación de aplicabilidad de la Política en salud considerando escenarios de contingencia nacional.
- ⇒ Pilares fundamentales que debiesen incluir: “el derecho a la atención”, “los derechos humanos” y “la dignidad”.

VII. Salud intercultural

VII.I Definición Salud Intercultural

Dentro de los equipos de salud, la definición de interculturalidad o salud intercultural hace referencia a la idea de una **relación horizontal entre culturas** que ocurre en la comunicación entre los equipos de salud y la población migrante, al **respeto a las creencias de las personas en el marco de su cultura** y la **integración de la cultura de los pacientes a la práctica médica** tomando en cuenta las costumbres y tradiciones de las poblaciones con el objetivo de mejorar la salud del paciente y lograr adherencia a los tratamientos, complementando los saberes medicinales para lograr la sanación de la enfermedad y/o afección.

Se señala que **para lograr esta salud intercultural, los equipos de salud deben tomar conocimiento de aquellas otras prácticas culturales**. Un elemento relevante que surge al hablar de interculturalidad con los profesionales de la salud es el concepto de inclusión y de reconocimiento de las otras culturas como un esfuerzo de integración intercultural.

Por otro lado, en los equipos de salud también **existen definiciones de interculturalidad o salud intercultural que no plantean un complemento de medicinas** con el fin de sanar, sino que más bien se posicionan desde el **respeto a otras culturas en el box de atención** con el fin de lograr que las personas se ciñan a las normas de las pautas de salud del sistema chileno:

“Personas que tienen otras ideas de hacer las cosas, (...) podría ser una persona que viene por un dolor de oídos que en su país, lo hacía un TENS o una señora en una casa, entonces tal vez vienen con otras ideas y creen que aquí se pueden practicar de la misma manera pero nosotros tenemos que guiarnos por normas.” (Administrativa, Antofagasta)

“Puede existir que dentro de nuestra educación y formación biomédica, nosotros entendamos que para poder mejorar la compensación de un paciente esto tiene que estar ligado solamente a su tratamiento farmacológico, pero también existe el cómo esta persona, cómo este paciente, va a adherir... no solamente es el tratamiento, sino también el cómo lo impulsamos a hacer modificaciones dentro de sus patrones de conducta, que si no los entendemos, si no los conocemos, no vamos a poder modificar.” (Químico Farmacéutico, La Granja)

En estos equipos de salud, por ende, estaría presente una **visión de la salud multicultural** en cuanto al respeto y reconocimiento de las otras culturas sin necesidad de establecer un diálogo con ellas:

“En el Consultorio primero, yo diría que hay un vacío muy grande respecto a este tema, yo creo que hay una mirada, más bien multicultural aceptar que hay personas diferentes, pero ir a buscar entenderse con una medicina diferente, yo creo que eso no está muy presente.” (Médico, Temuco)

En este sentido, no existe una mirada homogénea de la salud intercultural, de las expectativas de logro de interculturalidad en el ámbito de la salud, ni tampoco de la manera en que debe ejecutarse. De esta manera, se genera una **posición escéptica y más crítica entre algunos funcionarios de la salud**

ante la posibilidad de plantear un espacio de salud intercultural cuya mayor barrera estaría representada en la jerarquía del conocimiento occidental biomédico por sobre las demás formas de conocimiento, de culturas y de medicinas:

“Siento que es difícil de realizar, porque entendiendo así como el contexto de cada persona cómo ve la salud porque nuestra mirada es súper clínica, (...) no vas a entender a una usuaria que no quiera hacerse ciertos procedimientos o que tenga algo cultural o “pachamámico”, que tenga otra mirada, es difícil siento que el mundo occidental clínico es bien cerrado (...), entonces igual es difícil ampliar una cosmovisión como de salud.” (Trabajadora Social, Antofagasta)

“(...) Ojalá esto fuera una cultura más intercultural, pero no, siempre hay una supremacía de ciertas culturas sobre otras y por ende también se dan ciertos sesgos por lo mismo, que uno no va comprendiendo bien, mi cultura choca con la tuya y por ende, ahí se produce como un choque comunicacional por así decirlo, y eso viene a significar una complicación en lo que viene a ser la comunicación de los equipos de salud y la población migrante.” (Gestora comunitaria, Antofagasta)

Definición Salud Intercultural

- ⇒ Principales nociones: relación horizontal entre culturas, respeto a las creencias de las personas en el marco de su cultura, integración de la cultura de los pacientes a la práctica médica.
- ⇒ Para alcanzar salud intercultural, los equipos de salud deben tomar conocimiento de otras prácticas culturales medicinales.
- ⇒ Visión multicultural de la salud: respeto a otras culturas en el box de atención.
- ⇒ Escepticismo y crítica a la posibilidad de plantear un espacio de salud intercultural: jerarquía del conocimiento occidental biomédico por sobre las demás formas de conocimiento.

VII.II Formación en Salud Intercultural

Respecto a la formación en interculturalidad y en salud intercultural que han recibido los equipos de salud, se menciona la falta de capacitación por parte de los directivos y de los centros de salud, donde gran parte del conocimiento que actualmente manejan fue obtenido a través del **Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas y a través de ciertos talleres introductorios realizados en el período pre pandemia**. Por ende, la noción de interculturalidad que los/as profesionales de la salud manejan se relaciona a los pueblos indígenas nacionales y no forman parte de la perspectiva que se adquiere en la atención a poblaciones migrantes. Sumado a lo anterior, también se menciona la **participación en capacitaciones y/o talleres realizados en centros de salud con foco en “migración”, o cursos sobre temáticas como “salud e inmigración”, “interculturalidad con enfoque de Derechos Humanos” y “acceso a la salud de usuarios/as migrantes” de los Servicios de Salud y de las plataformas del MINSAL**³.

“Eh, ya. Cursos. Yo recuerdo uno que hubo en estas plataformas MINSAL que uno accede y hace cursos como gratuitos muy cortos. Eh, no sé, son 20 horas, no sé. Yo recuerdo haber hecho uno de esos que hablaba más como del acceso que tenían as personas migrantes a salud y todo eso, pero era muy, muy corto. Y eso es todo lo que he hecho, y la verdad es que no sé si habrá mucho acceso a hacer cursos (...). Y ahora como este año, o el año pasado, quizás la gente tampoco ha estado muy preocupada, quizás de hacer cursos, yo por lo menos no.” (Matrona, La Granja)

La **participación en estos cursos, talleres o capacitaciones es de carácter optativo**, por lo que quedaría sujeta al interés profesional que tenga cada trabajador/a el poder formarse en esta área. En algunos casos donde existe el interés, el cumplimiento con los requisitos para realizar estos cursos, talleres o capacitaciones, se convierte en una barrera por las horas diarias que implica comprometer, disuadiendo a varios/as profesionales de cursarlos. Sumado a lo anterior, estos cursos, **capacitaciones y talleres no tienen una aplicabilidad concreta en la consulta**, ya que **no existe un reforzamiento de este aprendizaje** ni tampoco un seguimiento ni una bajada práctica a la atención en salud.

Por otra parte, los equipos de salud también señalan haber accedido a **cursos de idioma** impartidos dentro de los mismos centros de salud, especialmente en regiones con alto porcentaje de migrantes haitianos inscritos. Sin embargo, con la **llegada de la pandemia de COVID y las restricciones que esta supuso, estos esfuerzos locales se vieron truncados**:

“Trabajábamos también el tema de que hicieran hasta cursos en general para los funcionarios, que se organizó también con una ex jefa que tuvimos. Se organizó para que también se pudiera atender mejor a los haitianos y pudiéramos entenderles lo básico. Se hicieron varios cursos antes de que empezara la pandemia. Íbamos bien encaminados, pero se paró todo por el tema de la pandemia.” (Técnico Social, La Granja)

³ Las formaciones que aquí se mencionan son aquellas recibidas por los equipos de salud en los centros de salud y en el marco de lineamientos institucionales y estratégicos para enfrentar el fenómeno de la migración, y no al desarrollo profesional individual de cada funcionario/a como postgrados (Magísteres y/o Doctorados), o diplomados, o cursos de formación y profundización realizados en el ámbito de la profesionalización.

Cabe mencionar que **la labor de los/as encargados/as de salud intercultural en los establecimientos muchas veces es desconocida por los colegas**, así como su área de trabajo y los esfuerzos locales realizados por estos profesionales. En otros casos, si bien se valora positivamente la labor y dedicación de este profesional, **no se proyecta que su conocimiento deba ser algo aprendido transversalmente**. De esta manera, “la salud intercultural” quedaría relegada a cada encargado/a, dejando este conocimiento y saber relegado a personalidades particulares, lo que pone en riesgo el trabajo con migrantes en tanto esta persona puede abandonar el cargo.

En consideración a los elementos expuestos, **los/as profesionales de la salud señalan la necesidad de formar transversalmente a los equipos de salud y a cada nuevo funcionario/a** que ingresa a un establecimiento de salud, no tan solo dirigiendo los esfuerzos hacia el estamento médico que son quienes mayormente prescriben tratamientos, sino que a todo el espectro de profesionales que trabajan en salud con el fin de equiparar los conocimientos adquiridos y para erradicar la desinformación que existe en los equipos. Además, se sugiere la **realización de cursos, talleres y capacitaciones anualmente con el fin de que se logre internalizar este conocimiento**.

Formación en Salud Intercultural

- ⇒ Talleres introductorios a PESPI, cursos y/o talleres en “migración”, “salud e inmigración”, “interculturalidad con enfoque de DDHH”, “acceso a la salud de usuarios migrantes”.
- ⇒ Participación en cursos, talleres y capacitaciones es optativa, aprendizaje no tiene aplicabilidad concreta en consulta y no existe un reforzamiento de contenidos aprendidos.
- ⇒ Cursos de idioma truncados en pandemia.
- ⇒ Conocimiento de Encargados/as de Salud Intercultural no se proyecta como algo que debe ser aprendido por los equipos, ya que existiría un profesional abocado a eso.
- ⇒ Se propone formar transversalmente a los equipos de salud, y reforzar anualmente la realización de cursos, talleres y capacitaciones.

VII.III Prácticas interculturales de atención en salud

Cuando se les consulta a los/as funcionarios/as de los equipos de salud respecto a si en su trabajo han implementado prácticas interculturales de salud, las opiniones son variadas.

En términos generales, hay quienes señalan que existe un esfuerzo por incluir prácticas de este tipo cada vez que en la atención **se consulta por la pertenencia étnica o la nacionalidad** durante la entrevista, o **se “baja” el lenguaje técnico y se utilizan nomenclaturas extranjeras en la atención** con población migrante como la palabra “matriz” para referirse al “útero” o la palabra “citología” para ordenar un “PAP”, o cuando se buscan e implementan recursos para lograr comunicarse de manera eficiente y clara con el /la paciente, o cuando **se adecuan las pautas de alimentación** (tanto en comidas como en unidades de medición) considerando la pertinencia cultural de lo que se está indicando como tratamiento.

En otros casos, donde existe una fuerte barrera idiomática como es con la población migrante de origen haitiano, también se han **utilizado recursos tecnológicos**, como **herramientas de smartphones, aplicaciones, o traductores de internet** para facilitar la comunicación entre el/la usuario/a y el/la profesional de la salud, al igual que se ha implementado la estrategia de entregar indicaciones por escrito tanto para el seguimiento de tratamientos como indicaciones para solicitar horas de atención:

“No, yo creo que lo que dicen las chiquillas, claro, de repente uno actúa de manera espontánea o trata de acuerdo a lo que uno tiene conocimiento es la comunicación con ellos. Un ejemplo, a veces, en farmacia, porque estamos en farmacia, ahí cuando no entienden por lo que hacemos es que les regalamos tickets con dibujos, entonces ahí le explicamos al paciente que se lo tome en la mañana, entonces tiene un dibujo relacionado con la mañana, otro por la media tarde y otro por la noche. Entonces, así de esa manera, a veces si no nos entienden, le vamos entregando esa información y ahí uno en el momento es espontáneo, pero la idea es que el paciente que llega se vaya con que entienda lo que tiene que hacer. Entonces, ahí yo creo que actuamos de una manera más espontánea y general yo creo.”

Algunos equipos de salud señalan haber **creado manuales y diccionarios** como iniciativa propia en el marco de poder brindar atenciones de salud efectivas a los/as pacientes migrantes. En otros casos, funcionarios/as han aprendido alguna lengua extranjera y se han abocado a apoyar a los equipos de salud:

“Yo veo esfuerzos individuales. Tenemos una TENS que maneja muy bien el creole, y ella también de manera totalmente autodidacta ha ayudado a la comunidad haitiana y ha sido capaz de poder aprender tan bien el creole que muchas veces también hemos recurrido a ella.”

En este sentido, se percibe ampliamente que las **prácticas interculturales de atención se relacionarían a conseguir una comunicación efectiva con el paciente migrante, lo que, en consecuencia, mejoraría la calidad de la atención y la comunicación entre los equipos de salud y los/as usuarios/as.**

Respecto a la existencia de **protocolos formales**, existe una percepción generalizada de que, como tal, **no cuentan con este tipo de elementos en la atención a migrantes en específico**, más allá de

ciertos lineamientos de atención generales que también se aplican a la población local o de brindar la atención en cualquier escenario, incluso cuando no se cuente con el NIP.

“Como protocolo propiamente tal no, existen protocolos para la atención en general, lo que sí hay bastante material dirigido a la mujer en gestación, hay material bastante valioso (...) para poder acceder a los servicios de salud de la población migrante, todavía se usa y lo he visto en los CESFAM, pero así como protocolos dirigidos específicamente a la población migrante no, por lo menos yo no he visto.”

“Y, tú me preguntabas por los protocolos. O sea, protocolos especiales para migrantes no existen.”

“El único protocolo es el que comentaba (...) el de si aun así no teniendo RUT hay que atenderlo igual, no puede dejar de atenderse al paciente aun así estando son su cédula porque si bien trabajamos todo digital, efectivamente el no tener un RUT provisorio impide que uno abra la ficha, ingrese los datos del paciente, no cuando uno trabajaba a papel y uno anotaba en una hoja y listo. Y eso, ellos son primordial, pero no hay un abordaje de nosotros de cómo tratar a un paciente, el énfasis no más en darle prioridad y no saltar la atención y lo que se vaya dando en el momento a niveles de patologías se va viendo en el momento. (...) De todos modos el paciente tiene que recibir su atención como sea, pero eso sería lo máximo, ni siquiera nos han mandado algo oficial, se nos da esa información en las reuniones, como que SOS no puede un paciente no recibir su atención. Eso lo tenemos mas que claro y siempre lo dicen y lo recalcan, entonces eso no lo olvidamos.” (Tecnólogo Médico, Valparaíso)

En este sentido, **existen casos puntuales en algunos centros de salud donde, desde las jefaturas, se habrían entregado lineamientos institucionales o capacitación a los trabajadores en el ámbito administrativo respecto a la atención a poblaciones migrantes.** Esto, por lo tanto, dependería de cada contexto, no siendo lo común que existan esfuerzos particulares en los establecimiento en salud por generar cambios en este ámbito.

También, se mencionarían algunos **programas pilotos implementados que se han visto truncados por la situación política y sanitaria del país** en el último tiempo, lo que ha afectado directamente la atención hacia el paciente migrante que ha quedado postergada por situaciones de contingencia nacional:

“Mira, antes de la pandemia hubo un piloto que quería mejorar la conexión y la capacidad de acceso de la población migrante a las atenciones, ¿ya? Pero, posterior a eso, comenzó la pandemia, y la idea era un equipo coordinado por una enfermera me acuerdo, que tenían como objetivo poder mejorar el acceso a las atenciones médicas y de las atenciones que se dan en los centros de salud. Pero después, llegó el 18 de Octubre y todo eso quedó congelado, porque empezaron ciertos procesos dentro de las atenciones que nos llevaron a otro tipo de atención. Hubo una revuelta, que no se puede negar que existió una revuelta en nuestro país que modificó ciertas cosas. También hubo ciertas movilizaciones por parte de los centros de salud, también. Por justa demanda de más recursos y más equidad en salud, y eso hizo que se modificaran ciertas agendas y esas prestaciones no se pudieran llevar a cabo. Y después de eso, en Marzo llegó la pandemia y eso modifica radicalmente el modelo de

atención y el cómo se prestan, cómo se entregan las prestaciones.” (Químico Farmacéutico, La Granja)

Asimismo, en la experiencia de un establecimientos particular en la Región de Antofagasta, se destaca como iniciativa local la **creación de la figura de “gestor comunitario”**, persona que actuaría como vínculo y mediador entre los centros de salud y los/as pacientes, informando y orientando a la comunidad:

“El tema del agente comunitario (...) hace 4 años se incorpora el agente comunitario, el requerimiento era que fuese alguien cercano a la comunidad, al principio fue complejo porque al ser alguien de la comunidad les complicaba que la vecina entrara a las casas pero ahora la comunidad recurre a ella siempre, se cumple todo y ella realiza mucha actividad de difusión y terreno, el tema que sea migrante es parte de, participaba constantemente y es una usuaria muy responsable (...) ella entrega las indicaciones, desde como tienen que abrir ficha hasta el tema de per cápita, la gente tiende a comunicarse mucho con ella cuando tienen dudas, la validan mucho y es bueno que sea migrante porque tiene mucha empatía y la gente confía en ella, por la información que entrega”. (Trabajadora Social, Antofagasta)

Ante la falta de protocolos formales, destacan los **esfuerzos informales, tanto individuales como colectivos de los equipos de salud por irse capacitando y adquiriendo nuevas herramientas desde otros estamentos** y entre colegas para facilitar la atención del usuario migrante:

“Nosotros tenemos un WhatsApp, de asistentes sociales de acá de la quinta región, producto de la pandemia cierto, surgió la necesidad de poder comunicarnos por medio de otras vías, ya que no podíamos vernos, no podíamos viajar para poder conversar distintas situaciones, siempre se está subiendo dudas al respecto de distintas personas migrantes que requieren algún tipo de apoyo, entonces vamos ahí compartiendo la información que tenemos, los canales por donde hay que canalizar la ayuda y al menos en mi estamento, hay harta conciencia respecto de eso.” (Trabajador Social, Valparaíso)

“El estamento matronas, y somos casi las únicas que preguntamos dentro de los antecedentes, como algo muy intrínseco nuestro, colocamos sus etnias dentro de nuestra anamnesis también ¿cachai?, y el problema es que de alguna forma nos ha ordenado qué está variable este impresa y tengamos una atención con cierta pertinencia cultural.” (Matrona, Antofagasta)

“En en el caso mío, como yo soy médico, me toca atender ese tipo de problemas de salud y percibo que no hay ninguna orientación hacia nosotros, hacia el rol que jugamos los médicos en este caso (...). Aunque también de repente copuchando un poquito, mirando un poquito hacia el lado, uno ve que, en el caso de las matronas, de las personas están trabajando con embarazada a mí me da la impresión que pudiera haber algún abordaje un poco más integral ahí.” (Médico, Temuco)

“Yo lo que hice fue hacer mini capacitaciones, de 5 compañeros de 4, en espacios separados, mascarilla y toda la cosa y les decía a todos nos genera algo las personas independiente sean migrantes o no, a mí también me genera algo de repente, ver una embarazada pidiendo plata

en la calle, igual me genera algo (...) porque uno igual termina juzgando (...) eso yo lo transparente en el equipo, como a todos nos pasan cosas y ahí todos... sacan el tema, “sí a mí y la cuestión, arriendan niños...” salen como con todas las cosas y eso ayuda a decir “okey nosotros tenemos nuestro pensamiento pero nosotros ahora somos funcionarios públicos y qué dice, no sé, el decreto 73, que dice esto...” (Administrativa, Antofagasta)

“Desde el equipo, por ejemplo, desde el área social, nos hemos reunido como estamento, se ha implantado, por ejemplo, compartimos experiencias que han tenido, activar redes, por ejemplo, ir al servicio jesuita migrante ver que estaciones están haciendo derivar a los usuarios. También hubo una escuela en la cárcel de mujeres de acá de la comuna, de traducción que le enseñaron español a los haitianos, en este caso, también está la ayuda jurídica que nosotros mismos vamos identificando creando un glosarios, una guía, que nos vaya ayudando y podamos entregar las herramientas a las personas migrantes.” (Trabajadora Social, La Granja)

En el caso de comunas que reciben población migrante haitiana, se señala que **se ha incluido la figura de facilitador/a intercultural o traductor/a para ayudar a eliminar la barrera idiomática en la atención, junto a la inclusión de un referente migrante dentro de los centros de salud** y en los municipios para hacer seguimiento y apoyar a migrantes con dificultades en la regulación de su proceso migratorio y que tienen algún factor de riesgo. Esta política de inclusión de las figuras anteriormente mencionadas en ciertos centros de salud es valorada positivamente por los/as funcionarios/as de la salud en cuanto al impacto real y directo que genera en la atención a población migrante.

En el caso del **facilitador/a**, su labor resulta fundamental en tanto **no solo actúa como puente de comunicación entre el/la usuario/a y el/la funcionario/a de la salud, sino que también “enseña” y “explicita” las diferencias culturales** que tienen los/as profesionales de la salud chilenos/as con la población atendida, respecto a ciertos procesos de atención:

“Y también ella nos enseñó un poco de la cultura que tienen los usuarios haitianos, que como te explicaba anteriormente por ejemplo las embarazadas, que tienen un solo control, acá se preguntaban por qué me tienen a visitar, por qué también la doctora evalúa, el médico, la nutricionista, si solo estoy embarazada Entonces la labor de ella era educarnos a nosotros y educar también a sus compatriotas.” (Trabajadora Social, La Granja)

Por otra parte, la **inclusión de profesionales de la salud migrantes** también tiene un efecto positivo en la atención en salud a pacientes extranjeros, en primer lugar, porque posibilita acceder al conocimiento de elementos culturales claves en la atención a migrantes por parte de los mismos profesionales de la salud, además de facilitar el proceso de atención en tanto los/as usuarios/as mostrarían preferencia por atenderse con el personal de su país de origen, difuminando la barrera lingüística por uso de otro idioma o de tecnicismos propios de cada cultura.

Otras iniciativas que han implementado algunos equipos de salud ha sido la **creación de carteles en creole para poder facilitar la atención y el flujo de personas migrantes** dentro de sus establecimientos de salud.:

“yo era como una dupla con la facilitadora, porque trabajo también orientando a la gente. Y con ella hicimos harto trabajo de, por ejemplo, poner en los murales todas las cosas traducidas en creole, en las puertas de los médicos poner todo traducido al idioma creole para que se identificara dónde estaban los médicos, las matronas, todas esas cosas.” (Técnico Social, La Granja)

Prácticas Interculturales de atención en salud

Esfuerzos informales y colectivos de los equipos de salud:

- ⇒ Consulta por pertenencia étnica o nacionalidad.
 - ⇒ Utilización de nomenclaturas y tecnicismos extranjeros.
 - ⇒ Adecuación pautas de alimentación.
 - ⇒ Utilización recursos tecnológicos (smartphones, aplicaciones, traductores de internet).
 - ⇒ Creación de diccionarios y manuales.
 - ⇒ Creación de carteles en creole.
-
- ⇒ Inexistencia de protocolos formales.
 - ⇒ Programas pilotos truncados por situación social y sanitaria del país.
-
- ⇒ Creación figura “gestor comunitario” (Antofagasta).
 - ⇒ Inclusión de facilitadores/as interculturales y referentes migrantes.
 - ⇒ Inclusión profesionales de salud de distintos países de origen.

VIII. Sugerencias de mejora para avanzar hacia un Modelo de Atención Intercultural

A partir de la revisión de las prácticas de atención en salud de personas migrantes, los equipos de salud sugieren mejoras tanto en el proceso de atención como en la relación que establecen con los/as usuarios/as migrantes. En este sentido, en el ámbito de la capacitación se sugiere:

- a. Estar constantemente **fortaleciendo y capacitando a los equipos de salud**; el proceso de migración debe entenderse ante todo como “dinámico”, estableciendo desafíos que varían con el tiempo dependiendo las características demográficas de las personas que migran al país. Dentro de esto, se sugiere incorporar en las capacitaciones a facilitadores/as de las comunidades y a dirigentes vecinales.
- b. **Realizar talleres y capacitaciones en salud intercultural y de cursos que enfatizan en la migración, en la cultura y en los conceptos de salud** que las personas migrantes traen desde sus países de origen, que sean facilitados por usuarios/as.

“(…) para eso necesitas estos cursos que yo me imagino, algo tienes que hacer con los usuarios, que ellos te enseñen a ti no solamente que venga alguien super capacitado... si ese es como el rollo, con super magísteres, super doctorados, no... los usuarios te pueden explicar muchas más cosas, obviamente tienes que buscar un usuario que le guste el tema”
(Administrativa, Antofagasta)

Por otro lado, se mencionan algunos elementos relacionados al espacio de la consulta y a otras acciones que pueden implementarse a nivel de establecimientos de salud tales como:

- a. **Incluir y asegurar la permanencia de traductores/as y/o facilitadores/as** en los centros de salud, tanto para abarcar a las poblaciones de origen haitiano o de habla no hispana, como a poblaciones de países que hablan español pero tienen dialectos y lenguas locales o indígenas, como es el caso de Perú y de Bolivia. En los centros de salud donde se ha implementado esta figura, se menciona la **necesidad de ampliar las plazas laborales disponibles** para éstos/as, ya que en la práctica la contratación de una única persona que debe abarcar todo un servicio, no da abasto ante la creciente demanda.
- b. **Incluir en la anamnesis preguntas sobre pertenencia a etnias, consultar la nacionalidad del paciente e indagar en el manejo/uso de otros idiomas.** De esta manera, se estaría abarcando no solo el país de origen del paciente, sino también en la pertenencia a pueblos indígenas, lo que permitiría adecuar el proceso de atención y la disposición del personal de salud.
- c. **Propiciar la información y orientación desde los establecimientos de salud respecto al funcionamiento de APS,** considerando las posibles diferencias que puedan existir con países de origen. En este sentido, en distintas regiones se sugiere realizar actividades en terreno, llevando los establecimientos de salud a las comunidades, generando confianza y vinculación, además de poder crear espacios de diálogo entre usuarios/as y profesionales de la salud fuera del área del box de consulta.

Asimismo, **implementar una figura dentro de los establecimientos de salud que realice trabajo de difusión en terreno** de manera trimestral o semestral respecto a la atención en salud en el país y el proceso que deben realizar para acceder a prestaciones en salud, así como también que pueda levantar información respecto de las necesidades de las comunidades:

“Mi sugerencia yo creo que es más salidas a terreno como a la comunidad, en empoderar por ejemplo a los líderes vecinales dentro de la comuna y que abarcan al CESFAM y ahí lograr identificar la necesidad que tienen cada migrante, por ejemplo en esta población que queda cerca del CESFAM hay líderes comunitarios que identifican por ejemplo la necesidad de este migrante porque no tiene por ejemplo Fonasa, no tiene salud, y está enfermo, cómo se puede hacer, entonces nosotros mismos como salud educar a estos líderes para que puedan ayudar a resolver más rápido, y que no tengan que ir al CESFAM, esperar una hora, una semana para que lo puedan atender, y que sea todo más rápido” (Trabajadora Social, La Granja)

- d. **Incorporar un ítem de salud intercultural en el sistema de acreditación de los establecimientos de salud** a lo largo del país.
- e. **Replicar algunas acciones de otras regiones donde se integran elementos en quechua, aymara o en creole tales como carteles y/o panales informativos con indicaciones:**

“Es como dicen las compañeras que sería bueno quizás replicar lo que se hizo en el norte y acá tenemos mucha población quechua y aymara y quizás ponerlo en sus idiomas y que ellos se sientan como parte del CECOSF, y que entiendan mejor, sería buena idea implementarlo.” (Técnico en Enfermería, Antofagasta)

- f. **Incorporar prácticas de salud ancestrales en APS y ASS de la mano de programas ya existentes en salud:**

“Las parteras, ahora les llaman dulas (...) pero uno las conocía como las parteras, que acompañaban todo el proceso de gestación hacían todo el trabajo de parto, malteo, el parto en distintas posiciones para facilitar el expulsivo, él acompañamiento a través de caldo de gallina recién no sé qué, eso se le daba al usuario mientras tenía contracciones, he preguntado harto sobre eso (...) Porque yo decía pucha sería un súper desafío, poder incorporar eso tal vez a nivel del hospital, sabiendo la cantidad de aymaras que hay, de quechuas, sabiendo que usan estas prácticas ancestrales e incorporarlas acá en el hospital regional, decía yo generar un proyecto para Chile Crece Contigo, porque (...) no hay acompañamiento de nada, rescata ciertas prácticas pero son como mucho yoga, que eso no se identifica con un aymara o un quechua, aromaterapia, cosas así muy occidentales pero parte de la medicina tradicional no se incorpora nada, absolutamente nada.” (Matrona, Antofagasta)

- g. **Aumentar la planta de especialistas que atiendan las necesidades urgentes de la población migrante, como la disponibilidad de profesionales del área de salud mental, salud dental, salud sexual/ reproductiva y atención a niños/as, además de otros/as especialistas.** Al respecto,

también se propone **evitar la rotación de los equipos de salud** para conformar equipos con lazos y redes que faciliten la atención y derivación de las personas migrantes.

- h. **Implementar la extensión horaria de atenciones en APS** para que las condiciones laborales no sean un impedimento de acceso a la salud.
- i. **Implementar la realización de mapas epidemiológicos de la población migrante**, para conocer las variables y determinantes sociales, y la frecuencia de enfermedades. En tal sentido, se propone crear un sistema de intercomunicación entre los niveles de atención en salud, con el fin de recabar la mayor información respecto al historial en salud que trae el usuario migrante, reduciendo los tiempos de las atenciones y entrevistas.

Cabe señalar que, de manera transversal a los equipos consultados, se hace mención especial a la **necesidad de inyectar recursos públicos** para lograr mejorar hacia un Modelo de Salud Intercultural.

Figura 4. Sugerencias de mejora para desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural desde la perspectiva de equipos de salud



Sugerencias de mejora para avanzar hacia Modelo de Atención Intercultural

- ⇒ Fortalecimiento y capacitación de equipos de salud.
- ⇒ Realización talleres y capacitaciones en salud intercultural, migración y conceptos de salud.
- ⇒ Incluir y asegurar la permanencia de traductores/as y/o facilitadores/as. Necesidad de ampliar las plazas laborales disponibles.
- ⇒ Incluir en la anamnesis preguntas sobre pertenencia a etnias, consultar la nacionalidad del paciente e indagar en el manejo/uso de otros idiomas.
- ⇒ Propiciar la información y orientación desde los establecimientos de salud respecto al funcionamiento de APS.
- ⇒ Implementar una figura dentro de los establecimientos de salud que realice trabajo de difusión en terreno.
- ⇒ Incorporar un ítem de salud intercultural en el sistema de acreditación de los establecimientos de salud.
- ⇒ Replicar algunas acciones de otras regiones donde se integran elementos en quechua, aymara o en creole tales como carteles y/o panales informativos con indicaciones.
- ⇒ Incorporar prácticas de salud ancestrales en APS y ASS de la mano de programas ya existentes en salud.
- ⇒ Aumentar la planta de especialistas que atiendan las necesidades urgentes de la población migrante, como la disponibilidad de profesionales del área de salud mental, salud dental, salud sexual/ reproductiva y atención a niños/as, además de otros/as especialistas.
- ⇒ Evitar la rotación de los equipos de salud.
- ⇒ Implementar la extensión horaria de atenciones en APS.
- ⇒ Implementar la realización de mapas epidemiológicos de la población migrante.
- ⇒ Necesidad de inyectar recursos públicos.

HALLAZGOS CUALITATIVOS AUTORIDADES DE SALUD



I. Percepciones respecto al proceso migratorio

En términos generales, se reconoce que **la inmigración al país no ha sido abordada acorde a las necesidades reales que se requieren a nivel nacional y local**. Se menciona la **poca regulación** que ha tenido el proceso migratorio **y el desinterés por parte de los gobiernos** de generar políticas de migración adecuadas a las necesidades del país:

“(…) Creo que no se ha ordenado como país la, condición de que los migrantes puedan venir a trabajar con nosotros a este país, no se ha dado políticas claras de, tal vez, de personal que se necesita, los oficios que se necesitan, no ha sido una conducción adecuada para dar una oferta a la gente (...) hemos dejado que personas entren con visas turistas sabiendo que vienen a trabajar, entonces no hemos sido sinceros como Estado en decir: “Bueno, abramos la oferta laboral y llamemos a la gente a trabajar en ciertos cargos”, tal vez como las políticas que tiene Canadá (...) u otros países europeos, que sí te invitan a trabajar en ciertos oficios o ciertas profesiones.” (Autoridad, Antofagasta)

En cuanto a la apreciación general que tienen las autoridades sanitarias respecto a cómo es percibido el fenómeno de la migración, se señala que aun cuando han habido avances respecto a la **discriminación**, ésta **continúa estando presente en los comentarios cotidianos de las personas**. De tal modo, sería común escuchar cotidianamente expresiones discriminatorias tales como que las poblaciones migrantes “vienen a quitarnos trabajo”, “vienen a delinquir”, y que “aumentan las enfermedades de transmisión sexual”. En el área de la salud también existiría la idea de que al recibir migración, el país debiese “enfrentar enfermedades no conocidas o no habituales en Chile, enfermedades tropicales”, situación que generaría discrepancia entre las autoridades sanitarias consultadas. Por otro lado, algunas autoridades en salud señalan que en ciertos centros de salud existiría diferencia de trato al paciente migrante por parte de funcionarios/as de acuerdo a los estudios y grados de escolaridad alcanzados por éstos.

Respecto a actitudes o **actos discriminatorios efectuados por el personal de salud** en el caso de que éstos ocurran, éstos **no representan a la mayoría** de las atenciones que se brindan a personas migrantes, pues **la normativa general que rige la atención a pacientes migrantes, es la posibilidad de brindar atención en salud indistintamente de la situación migratoria regular o irregular del/la usuario/a**. Pese a ello, algunos/as profesionales narran ciertos **episodios de discriminación** que se escapan a los esfuerzos por sensibilizar a los/as trabajadores y que responderían a rasgos racistas y xenófobos, o que inclusive **se producirían debido a la condición migratoria y al desconocimiento de la cultura del paciente migrante, creando estereotipos al respecto**:

“Tengo el caso de una matrona por ahí que no dejaba entrar la pareja de una persona migrante porque era negro, entonces uno dice cómo te encontrar con eso todavía.” (Autoridad, Antofagasta)

“Una vez como en clínico estaba en visita domiciliaria y quede súper sorprendida porque en esa oportunidad fui con una trabajadora social y casi retó a la señora, la retó mucho porque estaba cocinando, se metió en ese tema, la retó de la hora y de cómo, la trató de que hablaba poco, le pregunté “oye y como sabes si ella en su país cocina eso y si para ella está bien”(…)” (Autoridad, Antofagasta)

“La gente que trabaja en salud, no es muy distinta de la percepción nacional respecto del migrante, o sea todas estas barreras (...). Por eso hay que estar machacando estas consideraciones que hay que tener especiales no cierto, con esta población para que efectivamente puedan hacer uso de su derecho de atenderse en salud. (...) Hace poco tiempo atrás nosotros tuvimos, eso pa’ mí fue tan claro... Hicimos una jornada de capacitación para funcionarios de SOME, de urgencia y de OIRS, oficina de informaciones, y vino harta gente de todas partes, y en el almuerzo, porque en ese tiempo el curso era con almuerzo, había dos jóvenes haitianos que estaban sirviendo la mesa que eran afroamericanos, entonces estaban sirviendo la mesa y cuando llegaron al momento del café, y todo el cuento, una persona, los jóvenes le ofrecen café, “a mí no me gusta el café negro”. Entonces estas personas de inmediato se sintieron discriminadas y él me llamó a mí, pa’ darme cuenta de la discriminación; y bueno yo me sentí pésimo porque en el fondo habíamos estado dos días machacando conceptos de la discriminación y todo. Él no tuvo la capacidad de darse cuenta de que su comentario, que él pensaba que era broma todo el rato, era un comentario discriminador. (...) ¡Ofensivo! Y bueno hablamos con el funcionario, y el funcionario dijo que no había sido su intención y todo eso, y bueno tuvimos que sancionar al funcionario porque no corresponde, ¡más encima en un curso!” (Autoridad, Temuco)

“No siento, no sé, capaz que esté equivocada. Yo siento que, de repente, como que pega más está... o es discriminación disfrazada de otra cosa, porque no tengo mucha sensación de que no atiendan a alguien por su etnia o por su, qué se yo, apariencia, acento... No, sí, condición migratoria puede ser, por eso te digo. No siento que sea tanto por etnia, por acento, por costumbres sociales, socioculturales, sino que sí por condiciones migratoria.” (Autoridad, La Granja)

“Desde ahí entonces empieza la discriminación, empezai a decir “no el haitiano es súper poco cariñoso con los niños, los haitianos alimentan súper mal a sus hijos, el haitiano viene a control prenatal súper tardíamente porque para ellos no es tema en su país, no es tema, para nosotros es tema, pero para ellos no”. Entonces cómo hacemos conversar y cómo educamos a la comunidad, ese es el tema que nosotros estamos al debe.” (Autoridad, La Granja)

“¿Hasta qué punto está bien que exijan los derechos de esa manera? (...) Algunas caen en "me lo tienes que hacer", y por ejemplo, lo que pasó mucho tiempo con el tema del ajuar, porque le daban el ajuar y después se devolvían a sus países.” (Autoridad, Antofagasta)

En términos generales, **las autoridades sanitarias concuerdan conocer parcialmente la Política en Salud de Migrantes pero tener pleno conocimiento de los decretos o lineamientos generales de las políticas implementadas previo al 2017**. Han recibido la información de manera genérica y a través de medios virtuales debido a la pandemia, pero no han recibido capacitaciones al respecto. De todos modos, se destaca como un elemento positivo que la Política de Salud de Migrantes, en la actualidad, actuaría como un respaldo frente a la Nueva Ley de Migración al permitir otorgar prestaciones independiente de la situación migratoria en la que se encuentre el paciente. Sin embargo, se reconocería que su aplicación estaría sujeta a los límites que los gobiernos de turno impondrían, y a la sensibilidad política de cada uno con la migración:

“Bueno, hay situaciones de buena atención y todo, pero, por ejemplo, a propósito, como tú sabes ha habido mucho manejo de la información de la migración y de la expulsión no cierto, el tema de la Ley que salió ahora, que expulsiones de personas que están de manera irregular en nuestro país. Y eso también se ve en salud, o sea, por ejemplo, durante estas últimas dos semanas, por ejemplo, nosotros hemos tenido acá, nos han llegado tres casos de negación de vacunación de mujeres afroamericanas que estaban dentro de los grupos de riesgo ¿cachai’?, porque la gente sigue pensando que, si no trae su documentación en rigor, en vigencia, no se le puede otorgar la vacuna. Y eso es una falta grave a la norma, porque hoy día la persona sólo tiene que acreditar que está residiendo temporariamente en Chile, que está dentro del grupo de riesgo y tiene acceso a la vacuna, como una forma de salud pública, o sea es un bien de salud pública la vacuna.” (Autoridad, Temuco)

En este sentido, la **Nueva Ley de Migración**, más que traer certezas a los profesionales de la salud, ha acarreado consigo **incertidumbre tanto por las posibles expulsiones de la que podría ser objeto la población migrante, como por los protocolos a seguir por parte de los profesionales de salud**, e incluso por el posible abandono de planes de cuidado y tratamiento por parte de pacientes por temor a asistir a centros de salud y ser denunciados/as y deportados/as.

Por último, se mencionaría que esta Política tendría como principal desafío enfrentar un tipo de migración desconocida hasta el momento, que se caracteriza por su alta vulnerabilidad y por ocurrir en condiciones precarizadas, expuesta a trata de personas y a fallecimientos en pasos no habilitados:

“(…) hay situaciones bastante complejas, el hecho que la gente muera en los pasos no habilitados, es una cosa que nos tiene que llamar a buscar soluciones de otras formas y tal vez las políticas que se entregaron de migración del gobierno anterior (Bachelet) debieran ser mayormente, promulgadas, o difundidas, o desarrolladas, desarrollarlas de formas más profundas.” (Autoridad, Antofagasta)

Las autoridades sanitarias, al igual que los/as funcionarios/as, también han sido testigos de los **cambios en los flujos migratorios de las personas que ingresan al país**. En la región de Antofagasta se menciona tanto la población peruana y boliviana como poblaciones a las que los equipos de salud se encontraban “acostumbrados” a atender. Sin embargo, la percepción de aumento de población migrante se produce, desde su perspectiva, con el arribo de personas provenientes de Colombia ante todo por los cambios que les suponen en la relación con el paciente:

“ahí fue un poco más notorio digamos, porque su cultura, son como más extrovertidos que las otras poblaciones migrantes que teníamos” “se notaban mucho más por su percepción o idiosincrasia, su forma de ser, siempre son más exigente en el tema de la prestación de servicios, como que se hacían notar más pero no sé si en cantidad si eran más que los bolivianos y peruanos, yo creo que no.” (Autoridad, Antofagasta)

Posterior a la llegada de población colombiana, aproximadamente entre los años 2018-2019 se percibe una nueva ola de inmigración conformada principalmente por personas de origen venezolano. Esta oleada se percibió desde los servicios de salud principalmente como una inmigración que se produjo bajo condiciones precarias y de vulnerabilidad, en gran medida indocumentada, cuyo ingreso se produjo por pasos no habilitados, y que provenían de países de

tránsito, como Ecuador y Perú. Esta llegada de migrantes venezolanos en oleada se caracterizó por un ingreso al país de núcleos familiares. En la actualidad, todas las migraciones individuales de personas venezolanas se asociarían a familiares que ya se encuentran dentro del país.

Otras poblaciones reconocidas como presentes dentro de la región de Antofagasta, pero que presentan una menor frecuencia de existencia en comparación a las ya mencionadas serían de origen cubano, dominicano y haitiano.

En el caso de la Región Metropolitana, los cambios en los flujos migratorios también dan cuenta de una fuerte presencia inicial de población peruana y boliviana, seguida de migrantes colombianos/as y haitianos/as, y más hacia el último tiempo a partir del 2017, una fuerte oleada migratoria de personas de nacionalidad venezolana. Sin embargo, quienes presentan mayores desafíos de atención es la población haitiana por la barrera idiomática:

“Sí mucho, antes éramos más de mi nacionalidad, cuando migramos, después se sumaron los colombianos, Bolivia siempre estuvo en ese proceso de migración acá y estuvieron los haitianos y ahora el último proceso a partir el 2017-18, mucha migración venezolana, por el tema político que tienen ellos. La más compleja de abordar es la haitiana porque el idioma es un factor obstaculizador, la comunicación no se da a entender porque ellos no manejan el español.” (Autoridad, La Granja)

Estos **cambios demográficos** respecto a la población migrante en la comuna de La Granja, supusieron **nuevos desafíos** que, en algunos casos **tuvieron respuesta tardía, “reactiva”, como la barrera idiomática con la población haitiana**, que fue parcialmente sorteada por la inclusión de facilitadores/as, y en otros casos, aún no obtienen respuesta por parte del Estado, quien no ha adoptado una actitud propositiva al respecto, como lo es en la crisis humanitaria que caracteriza a la población venezolana:

“Lo que más había variado cierto, es el país de origen y las necesidades, porque en un momento tuvimos que responder tarde para la migración haitiana, con las dificultades de comunicación que traen por no manejar el mismo idioma, y ahí actuamos reactivamente con los facilitadores, que son un gran insumo y que son un gran apoyo en todo sentido, porque aún hay y va a haber población que va a necesitar de la atenciones de salud y que aún no maneja el español (...) Pero hoy en día, además de decir que es la migración con la crisis que es, ahí humanitaria y social que es de Venezuela, lo más importante que nos obliga a ver es el tener planes de acción, más que reactivos sino que propositivos a esta realidad, (...) gran parte de la migración o una parte importante, que van a llegar a atenderse son usuarios que han ingresado de forma irregular y que son precisamente, los que más van a necesitar de nuestro apoyo, para poder acceder a atenciones en salud y de beneficios sociales. Hay casos dramáticos, hay gente muriendo, al tratar de cruzar y no estamos haciendo nada ahí ante eso, más que el ser punitivos (...) ese migrante que logra pasar, va a llegar con sus necesidades a las capitales regionales, en este caso va a llegar ahí a Santiago y vamos a tener que saber dar con altura a las necesidades en salud, en virtud del mandato que tenemos ahí como APS que es dar atenciones en salud a todos los usuarios.” (Autoridad, La Granja)

Percepciones respecto al proceso migratorio

- ⇒ Mal abordaje de necesidades: poca regulación y desinterés de los Gobiernos.
- ⇒ Discriminación en sociedad chilena.
- ⇒ Discriminación en funcionarios/as de la salud, contrario a lo estipulado por normativa general. Actitudes discriminatorias hacia condición migratoria, desconocimiento cultura de paciente creando estereotipos.
- ⇒ Conocimiento parcial de la Política de Salud de Migrantes, conocimiento de decretos y lineamientos generales.
- ⇒ Nueva Ley de Migración: incertidumbre tanto por las posibles expulsiones de la que podría ser objeto la población migrante, como por los protocolos a seguir por parte de los profesionales de salud.
- ⇒ Cambios en los flujos migratorios de las personas que ingresan al país:
 - Región de Antofagasta: Aumento de población migrante se produce con oleada de población colombiana, seguida de población venezolana.
 - Región Metropolitana: Presencia inicial de población peruana y boliviana seguida de oleada de población colombiana y haitiana, luego de población venezolana.
- ⇒ Cambio demográfico: nuevos desafíos. Destaca la barrera idiomática, frente a la que el Estado tuvo una respuesta reactiva y no propositiva.

II. Percepciones sobre la salud de las personas migrantes

Al ser consultadas/os sobre el trabajo que se ha realizado con migrantes desde los centros de salud, las **autoridades enfatizan en el rol del personal de salud como personas que, ante todo, deben entregar una atención que responda a las necesidades sanitarias** de las personas:

“(…) Es importante señalar que nosotros como salud somos personas que tenemos que atender las necesidades sanitarias de personas y no vamos a ser denunciadores y no vamos a ser tampoco fiscalizadores, porque no nos compete, y eso ha tenido que quedar claro en todos los funcionarios, que nosotros no tenemos que indicar que se vayan a autodenunciar ni poner situaciones que no correspondan, eso es una obligación de cada persona migrante regularizar su situación, nuestro deber es entregar la mejor atención sanitaria posible (…)”
(Autoridad, Antofagasta)

Al respecto, se reconoce que **las necesidades sanitarias de las poblaciones extranjeras deben atenderse asumiendo que en el espacio de la consulta se está produciendo un intercambio cultural**, que requiere una especial apertura de todos los estamentos de los equipos de salud.

Por otro lado, también se reconocen **dificultades propias del sistema de salud público** que, afectan de manera directa la atención a migrantes, tales como lo son la **disponibilidad de horas y la movilidad de personal dentro de los equipos**.

“En general, no es la atención directa la que tiene problema, ahora en este tiempo de pandemia obviamente que están los reclamos de que no hay horas, pero es que no hay horas para nadie.” (Autoridad, Antofagasta)

“Un ciudadano migrante tiene todas las posibilidades de acceder a todas las prestaciones del sistema público de salud, por tanto, ahí no existen barreras, sino que ahí están las otras barreras, que tienen que ver con las coberturas, con la disponibilidad de horas, con los temas estructurales de salud.” (Autoridad, La Granja)

“Solamente que ellos no tienen como, o sea, no todos pueden acceder a la salud por motivos de trabajo. El horario que les piden a ellos. Porque ellos, sobre todo la población joven desde los 18 a 20 años, o sea, a 50 años, ellos se dedican a trabajar, trabajar y descuidan un poco su salud. No acuden porque no tienen permiso, porque les dificulta el horario (…)”
(Autoridad, La Granja)

En este marco, **la normativa surgida desde el Estado no sería deficiente propiamente tal; la complejidad del escenario de atención en salud a usuarios/as migrantes radica en la aplicación concreta que lleva a cabo cada establecimiento de salud, sin existir acuerdos comunes locales o nacionales de cómo enfrentar este fenómeno**. También, la aplicación al pie de la letra de los decretos que establecen los lineamientos de atención a pacientes migrantes, que, en ocasiones, no permite atender las necesidades reales de cada paciente en su contexto migratorio y familiar, muchas veces quedando sujeto a la interpretación de la política y de la aplicación que cada profesional de la salud haga al respecto:

“Yo creo que el ministerio ha hecho su pega en casi todo el ámbito de acciones, pero lo que sigue sucediendo es que, y eso no solamente con migrantes, pero, obviamente, estamos hablando migrantes, es que finalmente cada institución de salud y cada comuna, o de repente dentro de una misma comuna, las realidades son súper distintas. Entonces, hay veces que tú dices, no sé po’, la persona se atiende en el consultorio Rosado, en el consultorio Rosado no tuvo ni un problema, y se va al consultorio Celeste, y en el consultorio Celeste le dijeron “¿pero cómo? Si usted...”, y le dijeron todo lo contrario. (...) pasa con los pacientes, en general, y con los migrantes, en particular, que de repente hay mucha diferencia de la información o de los accesos o de las respuestas que se le dan de una institución a otra, de una comuna a otra, o de, incluso, de consultorios de la misma comuna. Entonces, eso yo siento que todavía suele ser bastante confuso, y esa confusión termina limitando también el libre acceso de las personas migrantes a la salud.” (Autoridad, La Granja)

“Yo siento que la atención a las personas migrantes es mucho más azarosa que para una persona chilena por todo lo que te he dicho, porque si yo como una persona migrante va, puede que con un funcionario que sepa los procedimientos para atender a una persona migrante, pero puede que no lo sepa, entonces primer punto, puede que esa persona sea súper indiferente a mis necesidades y a mis complicaciones que yo tengo administrativas si se quiere o puede que no, puede que esa persona sea muy indiferente o puede que sea hiper empática.” (Autoridad, Valparaíso)

La salud de las personas migrantes también se ve afectada por las distintas políticas que se hacen cargo de brindarles servicios sociales. En tal sentido, **no existen formas de trabajo en paralelo entre distintas instituciones públicas del Estado y se destacan los vínculos que las autoridades mencionan se realizan entre los distintos establecimientos de salud y sus equipos con ONG’s y otras organizaciones de la sociedad civil**, como Caritas, el Arzobispado de Antofagasta y la OIM.

Por último, relacionado a las prestaciones dirigidas hacia la población migrante, mayormente no se perciben diferencias con la atención en salud que se le brinda a la población nacional más allá de las barreras anteriormente descrita. Sin embargo, **algunas autoridades señalan que las únicas diferencias apreciables en cuanto a prestaciones se relacionaría a mujeres embarazadas extranjeras que solicitarían esta atención de manera tardía** en comparación a las mujeres embarazadas chilenas. Además, demandarían con mayor frecuencia esta atención:

“(...) cuando yo entré a trabajar no estaba como establecido en el hospital llevar un registro de pacientes migrantes, estadísticas de migrantes, no existía. Cuando la empezamos a llevar, eh, claramente fue más objetivable esto de ver el aumento, de hecho, en los partos, eh, antes los partos eran un 10, 20% del total, ahora cada vez se acerca más al 50%” (Autoridad, Antofagasta)

Percepciones sobre la salud de las personas migrantes

- ⇒ Autoridades enfatizan en el rol del personal de salud como personas que, ante todo, deben entregar una atención que responda a las necesidades sanitarias.
- ⇒ Las necesidades sanitarias de las poblaciones extranjeras deben atenderse asumiendo que en el espacio de la consulta se está produciendo un intercambio cultural.
- ⇒ Dificultades propias del sistema de salud público: disponibilidad de horas y la movilidad de personal dentro de los equipos.
- ⇒ Normativa no deficiente, dificultad en aplicación al no haber acuerdos comunes a nivel local y nacional.
- ⇒ Inexistencia de formas de trabajo paralelas entre distintas instituciones públicas del Estado, destacan vínculos de centros de salud con ONG's y organizaciones sociedad civil.
- ⇒ Comparación prestaciones población local y población extranjera: acceso tardío mujeres embarazadas migrantes

II.1 Crítica a NIP/RUT y rol de FONASA en la atención en salud a usuarios/as migrantes

Uno de los temas que emerge en la investigación con las autoridades sanitarias es la mirada crítica que tienen respecto a los procesos estatales que se relacionan al rol de FONASA y a la entrega de NIP y/o RUT provisorio. Al respecto, se señala que la **entrega de Números de Identificación Provisorios puede verse facilitada o entorpecida dependiendo del Gobierno de turno y de la postura política** que éste adopte respecto a la migración. De tal modo, se señala que, por ejemplo, durante el segundo Gobierno de Sebastián Piñera se redujo significativamente la entrega de NIP al forzar al FONASA a ajustarse a derecho, teniendo como consecuencia directa el empobrecimiento del sistema de salud:

“(…) eso de ajustarse a derecho significa que debe entregarse una documentación básica necesaria, y que por la situación especialmente de las comunidades venezolanas, haitianas, esos documentos no existen...(…) Esto nos ha producido que sigamos atendiendo a la población migrante sin recibir la retribución económica en cuanto a la per capitación o a la prestación de la atención y eso empieza a empobrecer el sistema de salud público, ya que si por per cápita tenemos que atender 1000 personas, proyectar un gasto para 1000 personas, hoy día estamos atendiendo a 1200, o 1130, entendiendo que el 13% son migrantes y nos empieza a producir un empobrecimiento del sistema (...)”. (Autoridad, Antofagasta)

Esta situación se diferencia respecto de la atención de mujeres embarazadas de urgencia, donde se reconoce que se le debe atender aunque no tenga RUT provisorio o NIP. Incluso se menciona la posibilidad de que existan mujeres que egresen de hospitales sin tener algún tramo de FONASA asignado, lo que también contribuye al empobrecimiento del sistema público. Las/os asistentes sociales de la atención secundaria en salud se ven imposibilitadas/os de gestionar los NIP cuando las mujeres embarazadas post parto alcanzan a estar por un tiempo acotado en hospitalización (sólo 2 días) y donde la prioridad en la atención contempla evaluar otros aspectos sociales en la atención, vulneración de derechos dentro de ellas, pasando las gestiones de NIP a segundo plano.

Debido a la situación anteriormente descrita, y pese a lo señalado en relación al respeto de la normativa y los esfuerzos por cumplir con el mandato principal que es la atención a personas migrantes independiente de su situación migratoria, **cada centro de salud aplicaría su propio criterio a la atención de las personas migrantes:**

“(…) Nos llegó mucho, algunos establecimientos por su demanda asistencial podrían ser por temas de estructura organizacional interna rebotan mucho al paciente migrante, se ciñe mucho al pie de la letra de los decretos que permiten las prestaciones de salud, no vienen esas o es una urgencia lo rechazan hasta que tenga su RUT definitivo.” (Autoridad, Antofagasta)

“FONASA es el gran culpable pa’ mi gusto, cuando FONASA empieza con sus campañas del terror de que estas personas son turistas. Y, claro. Y esa persona no tiene toda una información de que el turismo es una forma de entrada a Chile de personas que no tienen otra opción, porque la persona no puede llegar a la frontera a decir “yo quiero ir a recibir a Chile hasta ahora”. Entonces, ingresa, ingresaban muchos o siguen ingresando muchos como con un permiso de turismo para después cambiar su situación migratoria en Chile. Entonces, claro, FONASA dice “no, porque esas personas están de vacaciones”. Entonces, obvio, el

funcionario repite como papagayo y dice “sí po’”, le cuentan toda la lógica, ¿no es cierto? Es como “si po’, la persona está de vacaciones acá, ¿por qué viene a inscribirse al consultorio si la persona está de vacaciones acá?, ¿por qué se va a tener que hacer un electrocardiograma y le tengo que hacer la derivación al hospital?” Entonces, claro, es como... hay un desconocimiento asociado también...” (Autoridad, La Granja)

Crítica a NIP, RUT y rol de FONASA

- ⇒ Entrega de Números de Identificación Provisorios puede verse facilitada o entorpecida dependiendo del Gobierno de turno y de postura política.
- ⇒ Cada centro de salud aplicaría su propio criterio a la atención de las personas migrantes.

II.II Barreras de acceso y de atención de usuarios/as migrantes

En cuanto a la atención en salud, se identifican diferentes barreras de acceso. Una de ellas es el **desconocimiento y la desinformación que tienen las personas migrantes respecto del Sistema de Salud como de los derechos en salud que tienen al ingresar al país**. También se menciona el acceso tardío al sistema de salud, gatillado principalmente por la necesidad de atenciones de urgencia, lo que supone otro tipo de presiones asistenciales.

Otras autoridades también mencionan como un aspecto relevante, que actúa como disuasivo ante la posibilidad de consultar por salud, a la **Nueva Ley de Migración**, que, como se mencionó anteriormente, provocaría temor en la población migrante ante la posible de ser denunciados/as por los equipos de salud⁴. En esta línea, durante la pandemia, algunos profesionales de la salud fueron testigos de la entrega de lineamientos contrarios a lo indicado en la normativa respecto a la atención a migrantes, incluyendo a personal de PDI para realizar fiscalización respecto a quienes se les otorgaba la posibilidad de vacunación acorde a su situación migratoria. De este modo las acciones ejecutadas por el Ministerio se caracterizaron como persecutorias hacia la población migrante.

Dentro de la atención en salud a personas migrantes, surgen **elementos o “factores” culturales** que de algún modo u otro inciden en esta atención. Las autoridades sanitarias señalan distinciones respecto a ciertas **“personalidades” idiosincráticas de ciertas nacionalidades que facilitan o dificultan el proceso de atención**. Por un lado, la población colombiana es caracterizada como “alegre”, “positiva”, “que se comunica casi gritando”, “extrovertida”, lo que generaría desafíos en la atención respecto a ciertas conductas que chocarían con las del personal de salud y, por ende, dificultarían la comunicación entre las partes:

“A mí en lo personal me da un poco de pudor, porque (...) Yo por lo menos no me voy a cambiar ropa interior, por ejemplo, delante de los médicos (...) pero a ellas no les importa. O han llegado pacientes casi con el baby doll, colaless, que uno dice "pucha [sic], tiene una guagua y se pone eso", ¿me entiende? (...) Probablemente ninguno de nosotros lo haría po' (...) a mí me ha tocado decirle a pacientes (...) cuando recibíamos familiares en la sala y la paciente así destapada, y que se le viera la ropa interior y le daba lo mismo, a mí no me daba lo mismo, yo creo que me sentía más incómoda yo de lo que le importaba a ella (...) Por un tema de respeto al otro, digamos, por último si ella le da lo mismo, está bien, pero también por respeto al resto.” (Autoridad, Antofagasta)

La población boliviana, por otro lado, se destacaría por ser “cerrada”, “difícil de intervenir”, “retraída”, “callada”, “que habla bajito y es difícil de entender”, “cuidadosa” y “pudorosa”, convirtiéndola en una población difícil de atender:

“(...) son pacientes que por lo general tienden a no quejarse. Todo... todo lo hacen, lo gesticulan en su cara, usted sabe que le pasa algo porque la ve, pero ellas no son de verbalizar lo que le pasa, no se quejan, están así como "Mmm...", y se quedan.” (Autoridad, Antofagasta)

⁴ En algunos casos, se relata que ciertos equipos de salud, desinformados respecto a la normativa, han indicado a los/as pacientes migrantes la autodenuncia para poder acceder a salud, ya que el Sistema de Salud Chileno no atendería “personas en situación de irregularidad o ilegalidad”.

Respecto a la **población haitiana, la mayor dificultad que se presenta para su atención es la barrera idiomática** que, además, hace más complejo el poder acceder a conocimientos y costumbres sobre su cultura en el espacio de la consulta:

“Y en el tema con población migrante es peor aún, digamos, o sea, mucho prejuicio respecto, especialmente, con la población haitiana. Siento yo que ahí hay como más... como hay mayor desconocimiento sobre su cultura, hay mayor desvalorización de sus elementos culturales. Entonces, por ejemplo, ayer estuvimos con un par de profesionales de la SEREMI de Salud hablando sobre un programa que quieren instalar, y ellos planteaban que los haitianos hacían brujería. Entonces, por favor, ¿cómo pueden plantear de esa forma?, o sea, no, todo mal.” (Autoridad, La Granja)

Ante esta barrera, es fundamental la presencia de los facilitadores/as interculturales y/o traductores/as que manejan el idioma del paciente y que junto a la implementación de señaléticas, paneles y carteles en creole, contribuyen a mejorar el acceso a salud de la población haitiana:

“La presencia de los facilitadores interculturales o facilitadores lingüísticos, yo creo que ellos han ido permeando un poco el sistema, tenido validación también dentro de los equipos en los establecimientos donde están, y han ido generando dentro de los equipos, de los funcionarios, como cambiando un poco la mirada respecto del rol de ellos, pero también cambiando la mirada respecto de los aspectos culturales diversos, digamos, o distintos. Yo creo que ese ha sido un facilitador súper importante, por un lado, para esto, y, bueno, por otro lado, para mejorar el acceso de la población, especialmente la población haitiana, que (...) ha tenido como más complicaciones para poder acceder.” (Autoridad, La Granja)

Por otra parte, **la dificultad en la comunicación con poblaciones migrantes que además del español hablan lenguas indígenas y/o que se identifican con población indígena, no es entendida propiamente como una barrera idiomática, sino más bien es concebida como una barrera de acceso a la educación** y, por lo tanto, de comprensión de elementos más técnicos de la salud:

“No, yo creo que tiene que ver más bien con algo como cultural o incluso hasta de nivel de educación. Generalmente las pacientes que llegan no tienen escolaridad completa, eh, saben leer y escribir, pero eso, o sea no... no tienen como un grado de instrucción mayor, por decirlo de alguna manera. Entonces yo creo que también pasa mucho por eso.” (Autoridad, Antofagasta)

“Y también da la sensación de que no entienden todo, por más que uno trate de explicarle con lenguaje no técnico, uno siempre se queda como con la duda si realmente le entendió o no.” (Autoridad, Antofagasta)

También se da cuenta del **desconocimiento de palabras y de unidades de medición en poblaciones migrantes hispanoparlantes**, especialmente en la población colombiana, que suponen un desafío para los profesionales de la salud. En particular se menciona el desconocimiento en la transformación de ciertas unidades de medición a las indicaciones de salud nacionales:

“Lo primero fue atender a una señora con una bebé que me decía “Si yo le doy 3 Oz de leche, le doy panela”, y yo quedé marcando ocupado, yo dije ¿cuánto es una onza?, ¿qué es la panela? (...) Entonces dije yo que ahí ella me está hablando a mí y yo voy a tener que aprender, y eso ya fue un primer tema que para mí fue bien fuerte.” (Autoridad, Antofagasta)

En términos generales, todos los elementos mencionados refieren a desafíos que surgen a partir del desconocimiento de la idiosincrasia y/o de la cultura de quienes inmigran y que implica conocimiento y adaptabilidad por parte de los equipos de salud:

“Lo práctico es que las prestaciones es que las adaptemos en algunas áreas de atenciones o partes de ellas a la realidad del contexto actual. Me explico, si están llegando más venezolanos y colombianos, por darte ahí un ejemplo, en las pautas ahí alimentarias, se adapten a ese contexto, porque (...) si no le hemos podido cambiar los hábitos alimenticios a los chilenos en 30 años, en 50 años, ya y esa es la realidad, porque claro estamos cada día más gordos, más diabéticos, ¿de verdad le vamos a ir a cambiar sus hábitos alimenticios a un migrante qué trae su cultura ya alimenticia? Que le da arepa al niño de desayuno, almuerzo y cena, (...) o el haitiano que por un tema de su contexto de país le dan leche aparte de la materna o no le dan... A eso voy, o sea, de que tenemos que adaptarnos al contexto del usuario y con suerte lo hacemos con el contexto de nacionales.” (Autoridad, La Granja)

Barreras de acceso y de atención de usuarios migrantes

- ⇒ Desconocimiento y la desinformación que tienen las personas migrantes respecto del Sistema de Salud y de sus derechos en salud.
- ⇒ Nueva Ley de Migración.
- ⇒ Elementos o “factores” culturales: personalidades de acuerdo a nacionalidades, barrera idiomática, barrera educacional, desconocimiento de palabras y de unidades de medición en poblaciones migrantes hispanoparlantes.

III. Prácticas de atención en salud a usuarios/as migrantes

Respecto a las prácticas de atención en salud de población migrante, se hace hincapié en la relevancia de poder abordar todos los elementos que caracterizan la realidad de una/un niño/a y/ o adulto/a **migrante desde un punto de vista social**, más allá de lo estadístico y del registro, puesto que esto les permite conocer la salud del paciente:

“(…) yo les decía que es importante el punto de vista de la atención, porque hay muchos niños chilenos, pero cuántos de esos niños chilenos son de padres extranjeros, y eso determina su cultura y determina las formas en que lo van a criar y va a ser la salud de ese niño.” (Autoridad, Antofagasta)

Por otra parte, se menciona el **interés por implementar iniciativas que abordan de manera psicosocial la atención al paciente migrante**, con enfoque en las últimas oleadas migratorias considerando su alto grado de vulnerabilidad.

“(…) nosotros de hecho estamos en este minuto con un proyecto con la OPS y MINSAL en Calama, que empezó en Marzo hasta ahora en Junio y se va a extender hasta septiembre y vamos a solicitar que el proyecto se hiciera acá en Antofagasta, que es la contratación de una dupla psicosocial, para trabajo directo con migrantes de la última oleada principalmente, con la gente que está en las calles, con la gente que viene de Venezuela que ha llegado en situaciones más irregulares para primero que nada darles acogida y orientación, tratar de llevarlos al sistema de salud para que se inscriban o tengan las atenciones y hacer todo el trabajo intersectorial que les corresponden en terreno”. (Autoridad, Antofagasta)

Algunas autoridades sanitarias mencionan que en sus lugares de trabajo se han realizado capacitaciones en relación al proceso de atención al paciente migrante. En aquellos casos, se destaca como un punto a favor dentro del proceso de atención las conexiones directas entre el personal de salud y la comunicación fluida que se genera de este vínculo, permitiendo mejorar el tiempo de atención de usuarios migrantes, y por consiguiente, resolver casos complejos con una perspectiva más holística e integrativa de la situación, y a la implementación de nuevas estrategias o herramientas para la atención. Estos nuevos saberes aprehendidos en la práctica cotidiana, sin embargo, no son sistematizados por los equipos ni compartidos con otros centros de salud, ya que no existe una normativa que indique detalladamente cómo proceder, y más bien estos esfuerzos quedan reducidos a aprendizajes locales de ciertos equipos que se ven desafiados e interesados por el fenómeno de la migración y que buscan herramientas para poder brindar una atención de calidad a sus pacientes migrantes.

Prácticas de atención en salud a usuarios/as migrantes

⇒ Relevancia de implementar visión social a la atención al usuario/a migrante, y de desarrollar iniciativas que abordan la atención e manera psicosocial.

IV. Necesidades de atención en salud a usuarios/as migrantes

Respecto a las necesidades de atención en salud que las autoridades sanitarias identifican en la población migrante, se mencionan como áreas críticas la **atención de enfermedades crónicas y natalidad** debido a mayor presencia de adultos mayores con enfermedades de base, y aumento del nacimiento de niños y niñas, lo que genera nuevas presiones asistenciales a los equipos de salud. En particular con la natalidad se menciona la necesidad de **enfaticar en la atención maternal considerando el comportamiento demográfico del país** y de la región respecto al envejecimiento poblacional.

“La atención del tema maternal tiene que mantenerse en forma importante porque es lo que va a salvar la natalidad, probablemente del país, y sobre todo en esta región.” (Autoridad, Antofagasta)

En relación a lo anterior, también se señala como la relevancia de **educar a la población migrante respecto al ingreso de los niños y niñas a control niño sano**:

“Porque se controlan los más pequeños, pero nosotros tenemos control de niño sano hasta los nueve años y de ahí los controles de adolescentes que prácticamente no se hacen (...) todos los niños tienen que tener su inscripción, y que puedan acceder a todas las prestaciones que correspondan en forma formal, no solamente cuando necesiten urgencia, porque uno de los temas que se da es que la gente tiende a consultar solamente cuando sale una urgencia.” (Autoridad, Antofagasta)

En este sentido, se releva la **necesidad de prevención en salud**, para lo que sería necesario aumentar las atenciones y los controles a través de inyección de recursos para alcanzar la adhesión al sistema de salud chileno de manera temprana, en contraposición a lo que ocurre actualmente con el gran porcentaje de usuarios/as migrantes que acceden tardíamente y de manera curativa a ASS:

“Necesidad de atención, necesidad de tener más atenciones, aumento de atenciones, que los controlen más, que tengan más controles, que puedan pesquisar más, la pesquisa de enfermedades, porque por ejemplo la gente tiene enfermedades crónicas, genéticamente vienen con el tema crónico, las pesquisas, la parte preventiva. Creo que eso es lo más importante, la parte preventiva en salud y lo digo como cualquier chileno, o sea hay que inyectar plata en la atención primaria, yo soy secundaria, pero te digo que hay que inyectar mucha plata en la parte primaria para que no lleguen acá.” (Autoridad, Valparaíso)

En relación con la desinformación con la que arriban los/as usuarios/as migrantes, se destaca la necesidad de ser acogidos/as, aspecto que se relaciona tanto a la cercanía en el trato como al poder brindar toda la información necesaria respecto al funcionamiento del sistema de salud chileno:

“Necesidad de información de sus derechos, de quitarles el temor, porque ellos vienen con mucho temor acá, vienen con mucho temor cuando les pedimos datos, piensan que los van a devolver a su país... yo creo que necesidad de acogida, esa es la palabra, necesitan acogida, acogida con una intervención de información, de acogerlos como corresponde, una atención

primera como corresponde para poder engancharlo en la atención de salud. Yo creo que eso es lo más importante.” (Autoridad, Valparaíso)

Por otro lado también se menciona el abordaje del **proceso de salud-enfermedad que transite de un modelo individual a un modelo familiar** debido al cambio generado en el esquema de migración (ingreso de núcleos familiares completos en el país).

Otras necesidades de atención en salud mencionadas por las autoridades sanitarias se relacionan a **superar las barreras y dificultades en salud anteriormente mencionadas tales como los tiempos de entrega de NIP, disponibilidad de horas, estandarización del proceso de atención en salud al paciente migrante y la mejora de infraestructura general del sistema de salud chileno**, incluyendo capacitaciones para los profesionales de la salud:

“Que no se demore tanto Fonasa en dar un RUT provisorio. Dos que no pida los papeles que no hay que pedir, ya y tres que se prioricen casos (...). Solo un poco más resolutivos.” (Autoridad, La Granja)

“Yo creo que es necesario cierto nivel de estandarización, porque confluyen muchas cosas como tener unos estándares mínimos, justamente para reducir lo azaroso, lo improvisado, etc., porque realmente eso es un problema, no sólo para los usuarios migrantes, sino que también para los funcionarios. Muchos funcionarios no saben qué hacer y están un poco como medios tapados diciendo: “yo creo que estoy haciendo lo correcto, pero a lo mejor no lo estoy haciendo, consulto, pero nadie me dice muy claro si es por acá o no es por acá”.” (Autoridad, La Granja)

“Bueno, en recurso humano súper importante, y lo otro es la infraestructura, pero eso ya es mucho, pero igual nos arreglamos y los atendemos, pero eso es lo más, el resto no hay ninguna otra cosa, y lo otro sería, ojalá, nuevamente, fortalecer las capacitaciones, eso es súper importante.” (Autoridad, Valparaíso)

Necesidades de atención en salud usuarios/as migrantes

- ⇒ Atención de enfermedades crónicas y natalidad.
- ⇒ Educar a la población migrante respecto al ingreso de los niños y niñas a control niño sano.
- ⇒ Necesidad de prevención en salud de personas migrantes.
- ⇒ Necesidad de ser acogidos/as.
- ⇒ Tránsito de un modelo individual a un modelo familiar en salud.
- ⇒ Superar las barreras y dificultades: tiempos de entrega de NIP, disponibilidad de horas, estandarización del proceso de atención en salud al paciente migrante y la mejora de infraestructura general del sistema de salud chileno.

V. Salud Intercultural

V.I Definición de la interculturalidad en salud y formación recibida en el área

En términos generales, las autoridades sanitarias concuerdan en las definiciones que manejan respecto al concepto de interculturalidad y de salud intercultural, tomando elementos del trabajo que se ha realizado con la población indígena a través del Programa PESPI.

Mayormente, **las definiciones de salud intercultural que dan las autoridades sanitarias se basan en la noción de diálogo entre dos culturas, en el espacio de consulta, cuyo objetivo es brindar una atención en salud con pertinencia cultural y lograr acordar el mejor tratamiento para la persona solicitante:**

“En caso de salud sería como por ejemplo la medicina occidental aceptara la visión, la cultura de otros pueblos o de otras naciones, nacionalidades y diera la atención en base a eso, en la aceptación y el reconocimiento también.” (Autoridad, Temuco)

“Ahora, yo creo que un mismo proceso debe ser el mismo proceso que tenemos nosotros en la atención del migrante, que en el fondo es conocerlo, aprender y que ellos me conozcan y aprendan, en interculturalidad también, que lleguemos a consenso.” (Autoridad, Antofagasta)

“Mira, yo creo que ha ido variando mi concepto de salud intercultural. (...) Conocer la cultura de otros, intercambiar elementos culturales, poder incorporarlos, ¿cierto? (...) Yo creo que es ese proceso, digamos, de conocer cómo es la cultura del otro, de incorporar elementos culturales y de transitar juntos, digamos, en un caminar respetuoso de lo que somos cada uno.” (Autoridad, La Granja)

“Para mí lo que es intercultural es la mirada de la salud, por lo tanto, las acciones en salud. Eso es lo que debe ser intercultural; la salud, es algo que está más asociado al bienestar, etc. Entonces, yo creo que el enfoque intercultural en salud está... yo lo asocio con una mirada relacional donde se admite que hay diferencias culturales entre quienes atienden y quienes son atendidos, ¿sí?, y que esas diferencias culturales están en juego, eh... involucran al funcionario y es un desafío para el funcionario, pero es un desafío también, para la persona migrante. Entonces, eh... yo creo que es poner el foco en todo lo que tenga que ver con lo relacional; la comunicación, la atención, la forma en que se relacionan, los procedimientos que... y esa mirada intercultural abre un espacio para la autoobservación, tanto de funcionarios como del sistema mismo. Necesito un sistema capaz de transformarse a sí mismo, sistema de salud necesita un sistema que sea flexible y se adapte a los cambios.” (Autoridad, Valparaíso)

En relación a lo anterior, al hablar de interculturalidad en salud se menciona la **coexistencia de diferentes culturas e identidades en el proceso de atención en salud**. Esto supondría un diálogo entre los equipos de salud y la población migrante que, para ser exitoso, debe lograr un consenso y no obligar a una población a adoptar las formas culturales de la otra:

“Es el choque de dos culturas. Cada migrante, según la nacionalidad, tiene sus propias costumbres, propias culturas. Entonces cuando vienen a otro, a los países receptores, entonces ahí hay un choque cultural porque ellos tienen otra forma distinta de atención, sobre todo en salud.” (Autoridad, La Granja)

“Para mí el choque intercultural es eso, entender que hay que verlos desde su postura, por ejemplo tenemos un caso judicializado por violencia, pero hay que entender todo el contexto, que de otro país son más machistas y no pasa nada si pegan palmazo, en cambio acá esta todo legalizado, es entender y meterse en el tema, estamos al debe, a ningún personaje de salud se nos ha capacitado para eso, como yo puedo educar a alguien sin saber que le está haciendo daño, ellos vienen acá y siento que deben cambiar todo su esquema, yo siento que estamos al debe porque no nos formamos y obligamos a la persona, y no po, siento que no es así.” (Autoridad, Antofagasta)

Al respecto, las autoridades sanitarias evidencian que **existe ingenuidad y falta de capacitación en el encuentro entre culturas**, lo que invisibilizaría que en el espacio de salud también se encuentran dialogando significados y cosmovisiones que, dependiendo de la situación, pueden acercar o alejar tanto al paciente como al funcionario/a de este espacio de transacción:

“Entonces, de repente, no ser ingenuo y pensar que “ay, no, yo la verdad...”. No, yo soy parte de este sistema, le hablo en difícil, le hablo en siglas de salud, ando con uniforme, ando con credencial, soy parte de un sistema. Entonces, no está mal que lo sea, pero tengo que ser consciente de los significados que eso tiene para las personas y para su salud, y qué tanto esta forma, y estas normas, y estas cosas, acercan y permiten que ellos también manifiesten su propia cultura, o qué tanto minimizamos o ignoramos, o no vemos, o de plano rechazamos las formas y las concepciones y las cosmovisiones que otras personas puedan tener.” (Autoridad, La Granja)

En cuanto a la **formación en salud intercultural** que han recibido las autoridades sanitarias, se reconoce una **falta de capacitación formal por parte del Ministerio y de los Servicios de Salud** de manera transversal a los servicios, y a los distintos niveles del sistema de salud. Los cursos realizados por los/as profesionales, suelen ser **talleres o capacitaciones de carácter optativo con cupos limitados y que no se mantienen en el tiempo**. Quienes se encuentran más capacitados/as en el área ha sido por interés propio a partir de autoformación y realización de postgrados y postítulos en el área. De esta manera, se reconoce que como equipos “están al debe” en los esfuerzos por comprender la cultura de las personas migrantes, lo que se traduce en esta acotada oferta de formación y en el carácter opcional de la misma, pese a la consideración de lo imperioso que es poder acercarse al paciente extranjero y eliminar los prejuicios, estereotipos y visiones xenófobas y racistas de la atención en salud.

Por otro lado, algunas autoridades en salud mencionan tener conocimiento de algunas **pasantías o cursos que surgen desde el área académica**, específicamente relacionada a Instituciones de Educación Superior.

En el ámbito de la interculturalidad, existen pasantías que ofrece el Ministerio de Salud y que son ejecutadas desde instituciones de Educación Superior, con enfoque en población indígena:

“Mi primera como experiencia de capacitación formal sobre interculturalidad fue una pasantía que dio el ministerio de salud para interculturalidad en salud, pero con pueblos originarios, (...) era de la Universidad de La Frontera, era con pasantía en territorio mapuche y todo.” (Autoridad, La Granja)

También se mencionan casos de capacitaciones con foco en migración realizadas por la Universidad Católica del Norte desde el año 2015 en centros de salud de la comuna de Antofagasta, cuyo objetivo es la generación de empatía y concientización respecto a la situación de vulnerabilidad que experimentan las poblaciones que migran.

Definición Interculturalidad en salud y formación

- ⇒ Noción de diálogo entre dos culturas, en el espacio de consulta, cuyo objetivo es brindar una atención en salud con pertinencia cultural y lograr acordar el mejor tratamiento para la persona solicitante; coexistencia de diferentes culturas e identidades que implica un consenso en el proceso de atención en salud.
- ⇒ Ingenuidad y falta de capacitación en el encuentro entre culturas.
- ⇒ Falta de capacitación formal por parte del Ministerio y de los Servicios de Salud. Pasantías o cursos que surgen desde el área académica.
- ⇒ Formación en salud intercultural queda relegada a interés de profesionales por adquirir mayor conocimiento en el tema.

V.II Programas/protocolos de trabajo intercultural

Pese a la ausencia de capacitaciones recibidas por los equipos de salud, las autoridades sanitarias señalan que los equipos van desarrollando y planteando nuevas formas y pautas de atención en salud a migrantes dependiendo de lo que vaya siendo efectivo en la práctica. En este sentido, **más que la existencia o no de un protocolo de acción, aquello que tiene más valor para los equipos es la evaluación de la realidad particular de atención de cada establecimiento de salud, y los aprendizajes que cada uno de los equipos de profesionales ha ido adquiriendo en la experiencia.**

A partir de esta acumulación de experiencia y aprendizajes, los profesionales de la salud han logrado identificar algunos **programas propios del sistema chileno de salud que facilitan el trabajo con poblaciones migrantes**. En primer lugar, el programa Chile Crece Contigo, al proteger el binomio madre-hijo, permite a los equipos de salud acceder a las familias migrantes. En este sentido, Chile Crece Contigo actúa como puerta de entrada a la atención familiar de salud en población migrante. Por otro lado, los programas de regulación de la fecundidad o los programas de salud de la mujer permiten tener acceso a la planificación familiar, y por lo tanto, aborda núcleos familiares de usuarios/as migrantes, apoyando al trabajo en salud familiar al que apuestan las autoridades sanitarias para eliminar barreras de acceso.

Por último, las autoridades en salud también destacan algunas **iniciativas de capacitación desde los equipos de salud hacia la población migrante** para motivar el acercamiento y el acceso a centros de salud, realizando una introducción al sistema de salud chileno, a algunas patologías de relevancia nacional y al control niño sano (todos temas de salud pública de importancia para el país). La realización de estas actividades no solo cumplen con una labor informativa sino que se propone como una estrategia para poder captar tempranamente el acceso de personas migrantes en salud a partir de la generación de vínculo con la comunidad donde se asientan los centros de salud.

Programas/protocolos de trabajo intercultural

- ⇒ Programas propios del sistema chileno de salud que facilitan el trabajo con poblaciones migrantes: Chile Crece Contigo, regulación de la fecundidad, o programas de salud de la mujer.
- ⇒ Iniciativas de capacitación desde los equipos de salud hacia la población migrante.

V.III Atención en salud intercultural

En términos generales, los equipos de salud son percibidos como “equipos dedicados” donde existen **coordinadores o referentes de migrantes en establecimientos de salud que actúan como facilitadores en el tema, haciendo difusión de la política, de la normativa, etc.**, con el fin de capacitar al personal de manera transversal. También se menciona que **los equipos se abocarían al desarrollo de la empatía en profesionales de la salud menos sensibilizados con el tema, o nobeles dentro del servicio**, que requieran de una “explicación” o “humanización” respecto a la situación de vulnerabilidad de las personas que actualmente migran.

Por otro lado, se reconocen **procesos de adaptación de los equipos de salud a las poblaciones migrantes que reciben**. Por ejemplo, algunos centros de salud que atienden mayor cantidad de población colombiana, han adecuado las **pautas de alimentación** recomendada por los profesionales, y han ampliado su **vocabulario con jergas y/o expresiones coloquiales** locales que provienen de su lugar de origen con el fin de mejorar la comunicación y el entendimiento entre las partes. En otros casos, la presencia de **profesionales de la salud que se integran al servicio público que son de origen extranjero**, principalmente que comparten nacionalidad con los usuarios, ha permitido avanzar en el conocimiento más dedicado de sus culturas, descrita como una “simbiosis”.

También se menciona la relevancia que tiene en la atención en salud de migrantes la posibilidad de implementar el **registro de la nacionalidad en la ficha clínica** como pregunta obligatoria, ya que permite recabar información que mejora y vuelve más pertinente la práctica clínica, además de posibilitar el realizar seguimiento epidemiológico de algunas enfermedades de difícil tratamiento en población migrante de acuerdo a los países de origen.

La comprensión de las culturas con las que el personal de salud se encuentra interactuando es prioritaria en tanto permite “dar una prestación de salud de calidad” y tener una llegada más pertinente a la realidad y el contexto del paciente. Sin embargo, no existe un interés declarado o percibido por las autoridades sanitarias en cuanto a asumir la práctica intercultural en los diferentes establecimientos de salud. Asimismo, **pese a los esfuerzos en los equipos por desarrollar estrategias o implementar herramientas útiles de atención a la persona migrante, no se percibe que esto ocurra de manera transversal a toda la atención en salud** dentro de un mismo centro de salud.

Respecto a la **figura del facilitador/facilitadora intercultural**, se reconoce como un agente relevante en la comunidad y en la atención de pacientes migrantes al poder “mediar” entre las creencias, reticencias, o ideas que tienen éstos en relación a lo sanitario, permitiendo una comunicación más fluida en el espacio del box. De todas maneras, se señala que si bien estos esfuerzos apuntan a la integración, no necesariamente se enmarcan desde una perspectiva de interculturalidad:

“La interculturalidad de cómo llegábamos como con los mensajes, que no es esa cosa chica y chabacana que tienen, “con que lo pongamos en creole queda listo”. No po’, si es mucho más que poner la cuestión en otro idioma po’, y tiene que ver con de verdad un acercamiento a la cultura, un acercamiento... y una revisión permanente de cómo estamos haciendo las cosas.” (Autoridad, La Granja)

“¡Claro!... “¡ya! Vamos a tener interculturalidad porque vamos a tener un facilitador lingüístico” ... y como que eso nos va a resolver toda la interculturalidad y eso se sabe que insuficiente.” (Autoridad, Temuco)

Atención en salud intercultural

- ⇒ Coordinadores o referentes de migrantes en establecimientos de salud
- ⇒ Desarrollo de empatía en otros profesionales de la salud por parte de equipos más sensibilizados.
- ⇒ Procesos de adaptación de los equipos de salud a las poblaciones migrantes que reciben: adecuación pautas de alimentación, utilización de vocabulario y jerga de poblaciones migrantes, ingreso de profesionales de la salud de origen migrante.
- ⇒ Implementación de otras herramientas como registro de la nacionalidad en la ficha clínica, reconocimiento de facilitador/a intercultural.
- ⇒ Pese a los esfuerzos en los equipos por desarrollar estrategias o implementar herramientas útiles de atención a la persona migrante, no se percibe que esto ocurra de manera transversal a toda la atención en salud.

V.IV Desafíos a la salud intercultural

De manera general, las autoridades en salud consultadas perciben que la **situación de vulnerabilidad que experimentan las personas migrantes**, dificulta la atención en salud en tanto la población se vuelve difícil de captar preventivamente en la atención primaria. Asimismo, en algunas ocasiones se pierde el seguimiento a los pacientes y/o estos rechazan el tratamiento y las ayudas que se puedan gestionar de manera institucional. En este sentido, el desafío implica que, a futuro, las condiciones de vulnerabilidad no se traduzcan en una barrera de acceso a la salud.

Por otra parte, la **capacitación en salud de calidad con pertinencia cultural**, es decir, en el tratamiento con personas migrantes para lograr establecer pautas de acción respecto a lo que ocurre dentro del box y se logren tomar acuerdos con el paciente en relación al plan de cuidados. Para esto, es fundamental también otorgar **capacitación en habilidades blandas e informar a los equipos los cambios que se introducen en la política y en los lineamientos de atención en salud de población migrante**.

Otro de los desafíos que se menciona es que se puedan **garantizar las prestaciones en salud independiente de la regularización de la situación migratoria de los/as usuarios/as** extranjeros/as de manera transversal que no dependa del criterio de cada establecimiento de salud. Dentro de este desafío se incluye la necesidad de no cometer errores en la comunicación e información que se le entrega a los/as trabajadores/as de la salud, que, de acuerdo a las autoridades sanitarias, si bien se encuentran con una buena disposición a la atención de beneficiarios/as migrantes, se encuentran entre un espacio liminal entre la aceptación e integración de la persona extranjera, y el resquemor y el rechazo:

“Y, de repente, un error comunicacional que se diga, como, por ejemplo, estas personas hay vacaciones o que se van a expulsar los migrantes, todo de nuevo para abajo. Y, claro, y ahí si alguien está no en un equilibrio, sino que está como mirando si me voy a tomar por este camino de la aceptación y de la integración o, en realidad, le tengo un poquito resquemor y rechazo, pucha, escucho a una autoridad o a alguien decir “no, porque —mire— las personas vienen a vacunarse a Chile”, “ay sí” y, entonces, me paso rápidamente. Hay gente que están ahí, están como muy en el limbo en nuestro personal de salud, y se van a tirar para el lado de “sí po’, en realidad, son muchos”, “sí po’, en realidad, nos gastan tanto”, “mire, que son patudos, van a venir a vacunarse acá a Chile”. Y, y ya. Entonces, tenemos que ir revirtiendo, y ya tenemos que hacer un trabajo permanente de ir tirando de nuevo pal’ otro lado y decirle “pero piense que cuando nosotros vacunamos a todos es para...blablablá”, y explicarle lo que es la salud pública. Hay que conversar como con peritas y manzanas de nuevo para que haya una aceptación.” (Autoridad, La Granja)

En otro orden de cosas, se establece como desafío la **necesidad de sobreponerse a situaciones de contingencia nacional como el estallido social de 2019 y la pandemia**, en tanto significaron un retroceso en políticas sanitarias y gatillaron una sobrecarga de trabajo en los equipos de salud que acabaron por desgastarse. Tanto el estallido como la pandemia, y futuros eventos similares, incidirán en el desarrollo y aplicación de la política de atención en salud de migrantes, por lo que se vuelve un eje central poder generar modos alternativos de acción o crear políticas públicas cuya implementación no se vea afectada por este tipo de situaciones:

“(...) hemos tenido que retrasar toda esta situación de poder tener mayor avance en cuanto a las nuevas conductas o las nuevas políticas que hay que tomar en salud para poder enfrentar esta ola de migración” (Autoridad, Antofagasta)

“Estamos recién tratando de organizar, porque partimos... eh... antes del estallido social, ya, comenzamos a organizarnos, a crear algo más formalizado, tener un grupo, identificar a la población, pero después vino el estallido social, vino la contingencia, vino el COVID, entonces nos quedamos parados.” (Autoridad, Valparaíso)

“En APS, no, bueno mira por el tema de esta epidemia o pandemia que estamos viviendo, mucho ha quedado paralizado, entonces hay mucho que no hemos podido visualizar en qué estamos fallando o si hay alguna falencia.” (Autoridad, La Granja)

Desafíos a la salud intercultural

- ⇒ Situación de vulnerabilidad pacientes migrantes.
- ⇒ Capacitación en salud de calidad con pertinencia cultural.
- ⇒ Capacitación en habilidades blandas e informar a los equipos los cambios que se introducen en la política y en los lineamientos de atención en salud de población migrante.
- ⇒ Garantizar las prestaciones en salud independiente de la regularización de la situación migratoria de los/as usuarios/as.
- ⇒ Necesidad de sobreponerse a situaciones de contingencia nacional como el estallido social de 2019 y la pandemia que afecten el avance de políticas públicas.

VI. Sugerencias para el desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural

Respecto a las sugerencias para el desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural, las autoridades sanitarias proponen principalmente (ver Figura 6):

1. **Utilizar las bases del modelo de salud intercultural con población indígena para desarrollar un modelo con población migrante.**

“Así como hemos hecho una buena política para nuestros pueblos originarios, creo que se debiera copiar para la población migrante.” (Autoridad, Antofagasta)

2. **Proponer la capacitación de equipos en base a lo que la experiencia de trabajo con migrantes ha dejado como aprendizaje** a partir de los esfuerzos locales que han sido de utilidad para el personal de salud. También se menciona la “bajada” de información y de la Política en Salud a Migrantes a los equipos, y que esta no se quede atrapada en las jefaturas:

“La política no se bajó mucho, para mi gusto está, y yo creo que la política, en ese sentido, para los que quieren o los que tenemos el interés, o los que en algún minuto se pueden cuestionar, es como es como un buen punto de referencia.(...) Es un punto de referencia, que no sé si nos sirva tanto para los referentes, pero si alguien pudiera tener de verdad tener la duda y decir “¿habrá algo, algo que diga, específicamente, formal, legal, que diga que no solamente que hay que atender, sino que en qué forma y cómo se organizan las formas de atención a las personas migrantes?”, va a poder encontrar ese punto de referencia.” (Autoridad, La Granja)

3. **Un modelo de salud intercultural no puede empobrecer el sistema de salud público**, por tanto, debe proponerse considerando la atención transversal a la población migrante independiente de su situación migratoria sin que esto afecte económicamente a APS y ASS:

“Dejar bien establecido las condiciones para que la gente pueda regularizar su situación, entendiendo como la regularización nos permite a nosotros los servicios de salud tener los recursos necesarios para dar la atención(...)”. (Autoridad, Antofagasta)

4. **Un modelo de salud intercultural pertinente con las poblaciones migrantes no sólo debiese incluir a usuarios/as migrantes, sino que también a profesionales de la salud migrantes.**

“Creo que esa relación en términos gubernamentales entre los países, así como existe el tratado con Ecuador o con España que las profesiones son equivalentes y son reconocibles, etc., debería ser mucho más expandible, ¿y eso qué significaría?, que los profesionales que quieran trabajar en la salud como migrante que vienen de diferentes países podrían tener mejor acceso, tenemos mucha necesidad de personal en el área de salud y eso contribuiría grandemente en mejorar también nuestra visión de la salud. He sabido, por ejemplo, que un médico cubano es mucho más asistencialista, por lo tanto, eso enriquece la atención de salud, etc. (...) Por lo tanto, el hecho de que mayor cantidad de población tenga un acceso fluidamente más rápido que incluso incentiva que más gente se pudiera venir al país a trabajar en esta área, indudablemente es muy agradable.” (Autoridad, Valparaíso)

“Hoy en día venezolanos que están desarrollando cargos médicos, o ya cargos de programas o de algunas subdirecciones a nivel sanitario, nos ha permitido de verdad poder ir modificando en forma natural, las políticas internas de atención de los migrantes, vuelvo a insistir, ha sido como una “mezcolanza” de colores, pero muy suaves, pero ha sido una transición casi imperceptible, porque se ha ido produciendo esta simbiosis entre nuestras nacionalidades.” (Autoridad, Antofagasta)

5. **Reforzar los programas que han sido bien evaluados por los equipos de salud y que han sido exitosos en la atención en salud de los pacientes migrantes como Chile Crece Contigo:**

“En el tema Chile Crece Contigo que también hay muy buenas prácticas en Chile Crece Contigo, no las sé las actuales, pero yo vi cómo trabajaban los equipos con personas migrantes y se adecuaron completamente, hasta historias que le contaban a los niños, porque cuenta cuentos, lo hacían con el idioma Creole, yo me acuerdo, o sea yo vi todo ese trabajo que realizaron en el equipo de Chile Crece. Yo creo que ahí también podría sacar nuevas iniciativas, iniciativas que se hicieron muy buenas con respecto a llegar a la población infantil.” (Autoridad, Valparaíso)

6. **Implementar un sistema de traslado del tratamiento de pacientes a nivel internacional** con el fin de evitar el abandono a los tratamientos de enfermedades que pueden significar un problema de salud pública para el país, como el tratamiento para TBC:

“Mira, lo que pasa es que lo que necesitamos es que esas personas, que haya un sistema internacional de traslado de pacientes, y eso lo que no existe, sobre todo con Bolivia, porque Bolivia principalmente es el que más tiene con el tema de la multidroga resistencia. Entonces es en altos niveles donde hay que hacer un sistema de traslado de pacientes que podamos ubicarlos y que puedan seguir sus tratamientos tanto aquí como allá, o donde estén, porque el paciente dice “Ok, me voy a Bolivia y no sigo el tratamiento”, después hablan y dicen “sabe que me fui y volví” y allá no me hicieron nada, y acá llega y llega mal, hemos tenido niños con TBC en Calama, niños de ocho o nueve años en Calama con TBC, entonces es grave, la TBC para nosotros es un tema.” (Autoridad, Antofagasta)

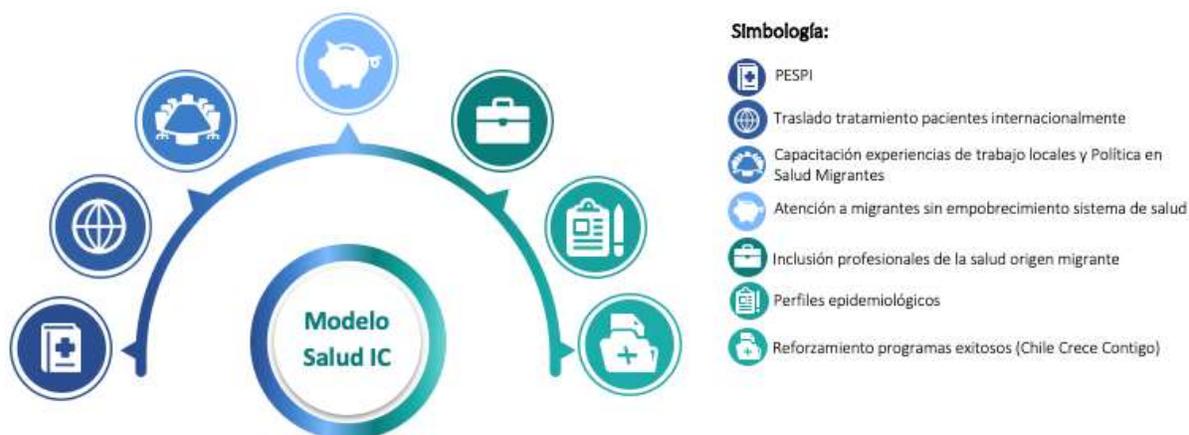
7. En la misma línea que el punto anterior, se sugiere **incorporar indicadores de salud propios de los países de procedencia de las poblaciones migrantes** para mejorar la atención y prevenir complicaciones en salud, a partir del conocimiento de los perfiles epidemiológicos de cada nación. Por ejemplo, el conocimiento de la sintomatología de mujeres colombianas hipertensas embarazadas que se ven en riesgo por el desconocimiento de la manifestación de los síntomas en esta población:

“Sí, y el otro desafío que me olvidé de mencionar (...) incorporar también, eh, cuáles son los indicadores de salud que manejan en sus países, porque, eh, nosotros en Chile en general tenemos buenos indicadores de salud, eh, pero por ejemplo nos pasa con las pacientes colombianas hipertensas, por ejemplo, son súper asintomáticas, y pueden estar con la presión acá y asintomáticas. Y eso fue un desafío pal equipo, porque era como “ay”, así, ¿colombiana hipertensa? (...) Uf, todas las alarmas ahí (...)” (Autoridad, Antofagasta)

Sugerencias para el desarrollo de Modelo de Salud Intercultural

- ⇒ Utilizar las bases del modelo de salud intercultural con población indígena para desarrollar un modelo con población migrante.
- ⇒ Proponer la capacitación de equipos en base a lo que la experiencia de trabajo con migrantes ha dejado como aprendizaje.
- ⇒ Asegurar el no empobrecimiento del sistema de salud público en la garantía de atención a pacientes migrantes independiente de su situación migratoria.
- ⇒ Inclusión de profesionales de la salud migrantes.
- ⇒ Reforzar los programas que han sido bien evaluados por los equipos de salud y que han sido exitosos en la atención en salud de los pacientes migrantes como Chile Crece Contigo.
- ⇒ Implementar un sistema de traslado del tratamiento de pacientes a nivel internacional.
- ⇒ Incorporar indicadores de salud propios de los países de procedencia de las poblaciones migrantes.

Figura 5. Sugerencias para desarrollo de un Modelo de Salud Intercultural desde la perspectiva de autoridades Sanitarias



ANEXO- MATERIAL INFORMATIVO Y GUIONES DE ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

¿A qué estoy siendo invitada?

Usted está siendo invitado/a a participar libre y voluntariamente en una investigación que tiene como propósito comprender las necesidades de atención en salud de la población migrante internacional en el país, desde el punto de vista de equipos de salud, autoridades de salud y los usuarios.

Esto permitirá hacer mejoras en cómo se está brindando hoy la atención de salud a personas migrantes internacionales en nuestro país, así como también diseñar una serie de capacitaciones en salud intercultural para los equipos de salud. Este estudio está financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS).

¿De qué se trata este estudio?

Los objetivos específicos de este estudio son (originales del proyecto de investigación):

1. Analizar propuestas existentes en la actualidad de enfoque de salud intercultural para migrantes internacionales en Latinoamérica.
2. Describir las prácticas interculturales de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile.
3. Indagar en las percepciones y experiencias de interculturalidad en salud en atención primaria y secundaria para población migrante internacional, desde el punto de vista de tres actores clave: los equipos de salud, los usuarios y las autoridades sanitarias.
4. Identificar el nivel de conocimiento existente sobre el enfoque de salud intercultural para pueblo indígena operante en la actualidad en Chile, así como de los lineamientos de la reciente política de salud de inmigrantes, por parte de los equipos de atención en salud primaria y secundaria.
5. Identificar experiencias y necesidades de atención en salud intercultural por parte de población migrante internacional a nivel primario y secundario, así como recomendaciones de mejora.
6. Integrar los resultados de los objetivos específicos anteriores en una nueva propuesta de enfoque intercultural de salud para Chile con foco en población migrante internacional, así como en recomendaciones de buenas prácticas para la atención directa en salud.
7. Explorar viabilidad de una propuesta de capacitación en interculturalidad en salud para población migrante internacional dirigido a equipos primarios y secundarios.

¿Cuál es el aporte de esta investigación a la salud pública de Chile?

Los resultados de este estudio serán un aporte para avanzar a nivel país en la atención en salud de migrantes internacionales, ya que se busca generar una propuesta de buenas prácticas en salud con pertinencia intercultural para equipos de salud que atienden población migrante internacional.

Permitirá también generar un piloto de entrenamiento en habilidades interculturales con población migrante para equipos de salud, que no existe en la actualidad en el país.

¿Qué se espera de mí en este estudio?



Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, por lo que usted tiene el derecho de no participar o suspender su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin ninguna consecuencia para usted.

Su participación no tiene ningún riesgo para usted, aunque tampoco se beneficiará directamente de ella. Creemos que la información recogida será de gran utilidad para poder proponer un modelo de capacitaciones de salud intercultural para los equipos de salud que trabajan en nuestro país.

Para esto, le pediremos su autorización para la realización de una **entrevista individual** (conversación a solas con el investigador por unos 30-45 minutos) **o una entrevista grupal** (conversación en grupos de 4-8 personas con el investigador por unos 60-90 minutos). Estas entrevistas serán realizadas en oficinas de consultorios, hospitales o centros comunitarios de su comuna de residencia.

Todas estas entrevistas serán registradas en audio, las cuales serán posteriormente transcritas. Todo el material será analizado solamente por la investigadora a cargo, la coinvestigadora y la investigadora alterna del equipo.

¿Cómo se protegerá mi confidencialidad? (que se resguarde mi privacidad en el estudio)

La información recolectada será confidencial. Para resguardar su identidad, no usaremos su nombre, sino que le asignaremos un número de identificación único para que nadie ajeno al estudio pueda identificarlo, ni acceder a algún tipo de información sensible acerca de usted. Sólo la investigadora a cargo, la coinvestigadora y la investigadora alterna del equipo tendrán acceso a la base de datos.

¿Dónde quedará toda esta información y quién la protegerá?

Toda la información recolectada será guardada por 3 años luego del término del estudio y bajo llave en una oficina de la Universidad del Desarrollo, después de lo cual será digitalizada y destruida en su modalidad de papel en forma segura. Sólo las investigadoras responsables tendrán acceso a esta información y por un período limitado de tiempo (mientras el estudio está en desarrollo).

Los datos obtenidos se usarán solamente para esta investigación con propósitos profesionales, como por ejemplo artículos de revistas científicas, seminarios y material educativo para los equipos de salud. Las posibles publicaciones u otras formas de difusión científica que deriven del estudio se harán de forma que no sea posible identificar la fuente de la información. Si desea tener acceso a las publicaciones o a los resultados del estudio, puede solicitarlos al investigador principal, quien se los hará llegar a su correo personal al término del estudio.

¿A qué tengo derecho en este estudio?

Su participación será totalmente voluntaria. Su decisión de participar o no, **NO** afectará de ninguna forma la relación que usted mantiene con el equipo de salud que lo/a atiende o con su centro de salud, o con su lugar de trabajo o compañeros de su equipo de trabajo.

¿Cómo puedo saber más de este estudio o conocer sus resultados?

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), bcabieses@udd.cl o con **Alexandra Obach** (investigadora alterna) aobach@udd.cl Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534.

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina UDD, a quien puede contactar en caso de preguntas relacionadas con sus derechos como participante de la investigación (ceccasudd@udd.cl) dirección Avda. Las Condes 12.461, Torre 3 of 202, Fono 223279157.



PROYECTO FONIS SA19I0066

Jenerasyon kapasite pou reyinyon entèkiltirèl nan ekip sante yo, ki konsantre sou popilasyon migran entènasyonal la nan peyi Chili

Investigatè Responsab: Báltica Cabieses V.

Ki sa mwen te envite nan?

Nou envite ou pou patisipe lib e volontèman nan yon envèstigasyon ki gen kòm objektif konprann nesesite yo nan atansyon sante nan popilasyon migran entènasyonal nan Chili, dapre pwen vi ekip sante yo, otorite yo nan sante ak pasyan yo.

Rezilta etid sa pral posib amelyore sou atansyon nan sante nan peyi nou an jodi a, pou moun migran entènasyonal, o bien ke desine yon seri de atènman sante entèkiltirèl pou ekip sante yo. Envèstigasyon ki se finanse pou Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS).

Ki sa etid sa a sou?

Objektif espesifik yo nan etid sa a (original pwojè yo envèstigasyon):

1. Analize modèl sante entèkiltirèl, operatè a pwopoze klèman règleman sante ak politik migrasyon nan peyi Chili.
2. Dekri pratik entèkiltirèl nan swen sante primè ak segondè, espesyalman avèk popilasyon migran entènasyonal nan Chili.
3. Mennen ankèt sou pèsepsyon yo ak diskou nan entèkiltiralite nan sante swen sante primè ak segondè popilasyon migran entènasyonal la, dapre pwen de vi ekip sante, pasyan yo ak otorite sante.
4. Idantifye nivo konesans modèl sante entèkiltirèl ki opere nan Chile aktyèlman, ak opinyon yo sou ekip swen sante primè ak segondè.
5. Idantifye eksperyans ak nesessite swen sante entèkiltirèl popilasyon migran entènasyonal la nan nivo prensipal yo ak segondè, avèk rekòmmandasyon pou amelyorasyon.
6. Entegre rezilta yo nan objektif anvan yo, espesifikman nan yon nouvo pwopozisyon nan yon fondasyon entèkiltirèl sante konseptyèl pou Chile ki konsantre sou popilasyon migran entènasyonal la, ak rekòmmandasyon pou bon pratik.
7. Konsepsyon ak pilotaj pwopozisyon fòmasyon nan sante entèkiltirèl nan ekipman primè ak segondè.

Ki kontribisyon pral fè envèstigasyon sa sou sante piblik nan peyi Chili?

Rezilta etid sa a sèvi yon kontribisyon pou avanse nan peyi a sou atansyon nan sante pou moun migran entènasyonal, paske etid sa chache jenere yon pwopozisyon pou bon pratik nan sante avèk enpòtans entèkiltirèl pou ekip sante ki fè atansyon pou popilasyon migran entènasyonal.

Ta jenere yon fòmasyon pilòt nan ladrès entèkiltirèl ak popilasyon migran pou ekip sante, ki pa kounye a egziste nan peyi an.

Kisa ou ki espere sou mwen nan etid sa a?

Patisipasyon ou nan etid sa a se totalman volontè, pou sa ou kap di ki ou pa vlè patisipé avèk ou ka refize fè pati etid la nan nenpòt kilè san ou pa bezwen jistifye desizyon ou avèk san afekte anye.



Patisipasyon ou pa gen okenn risk pou ou, menm si ou pral benefisye dirèkteman nan li. Nou kwè ke enfòmasyon yo ki nan pral kolekte pral trè itil yo pwopoze yon model nan fòmasyon sante kiltirèl pou ekip sante kap travay peyi nou an.

Pou sa, nou pral mande otorizasyon ou pou fé yon **entèvyou endividyèl** (ou pale selman ak investigatè pou 30-45 minit) **o yon entèvyou gwoup** (ou pale ak gwoup ki gen 4-8 moun avek investigatè pou 60-90 minit). Entèvyou sa nou pral fè nan sant sante, lopital obyen nan sant kominotè nan komin rezidans lan.

Tout entèvyou a pral anrejistre nan odyo, e aprè ki pral imedyatman transkri sou papyè. Tout materyèl yo pral analize selman pou moun investigatè responsab la, investigatè segondé ak lòt investigatè ki ede ekip envèstigasyon.

Kijan yo pral pwoteje konfidansyalite mwen an? (pwoteksyon sou vi prive mwen an nan etid)

Enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl. Pou pwoteje idantite ou, nou pa'p itilize non ou, nou pral bay etid la yon nimewo idantifikasyon pou okenn moun ki pa fè pati etid la pa ka idantifye ou, oswa jwenn aksè sou nenpòt kalite enfòmasyon sansib sou ou. Selman investigatè responsab la, investigatè segondé ak investigatè ki ede ekip envèstigasyon an, yo pral gen aksè nan baz de done a.

¿Ki kote ou pral gen tout enfòmasyon yo ap rete ak ki moun ki pral pwoteje li?

Tout enfòmasyon yo kolekte yo pral estoke pou 3 ane apre fen etid la, e fémen nan yon biwo nan Universidad del Desarrollo. Se selman chèchè ki responsab pral gen aksè a enfòmasyon sa a ak pou yon peryòd tan limite (pandan etid la an devlopman).

Anplis de sa, done yo jwenn yo pral itilize selman pou ankèt la prezan pou rezon pwofesyonèl, rezilta yo pral distribye nan kongrè investigatè a, atik ki soti nan jounal syantifik, seminè, materyèl edikatif pou ekip sante. Piblikasyon posib oswa lòt fòm difizyon syantifik ki sòti nan etid la pral fè konsa ke li pa posib yo idantifye sous enfòmasyon an. Si ou vle gen askè na piblikasyon yo oswa rezilta yo nan etid la, ou ka mande yon nan men investigatè responsab, ki moun ki pral voye yo nan imèl pèsònèl ou nan fen etid la.

Ki sa ki mwen gen dwa a nan etid sa a?

Patisipasyon ou totalman volontè. Desizyon w pou w patisipe oswa non, **P'AP** afekte nan nenpòt fason relasyon ou genyen ak envèstigatè a, e ak ekip sante ki fè atansyon pou ou, ak kote ke ou travay, ou ankò ak moun ki travay ak ou.

Kouman pou mwen jwenn plis enfòmasyon sou etid sa a konnen rezilta li yo?

Si ou vle diskite sou nenpòt detay sou pwojè sa a oswa sou dwa ou kòm yon patisipan, ou ka kontakte **Báltica Cabieses** (Envestigatè Responsab la), bcabieses@udd.cl obyen avèk **Alexandra Obach** (Investigatè segondé a) aobach@udd.cl Direksyon: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, bilding 3, etaj 2, Santiago; Telefòn: 56 22 578 5534.

Etid sa a te revise ak apwouve pa Comité de Ética de la Facultad de Medicina UDD, moun ou ka kontakte nan ka ta gen kesyon ki gen rapò ak dwa ou kòm yon patisipan etid sa a (ceccasud@udd.cl) adrès Avda. Las Condes 12.461, Torre 3 of 202, telefón 223279157.



Código:

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

Edad: _____ años

Sexo: ____ Femenino

____ Masculino

____ Otro

Comuna de residencia: _____

País de origen: _____

Nacionalidad(es): _____

Nivel educacional: ____ Educación básica / primaria

____ Educación media / secundaria

____ Técnica

____ Profesional sin postgrado / especialización

____ Profesional con postgrado / especialización

Si es profesional, ¿cuál es su profesión? _____



Kòd:

PROYECTO FONIS SA19I0066

Jenerasyon kapasite pou reyinyon entèkiltirèl nan ekip sante yo, ki konsantre sou popilasyon migran entènasyonal la nan peyi Chili

Investigatè Responsab: Báltica Cabieses V.

Laj ou gen: _____ ane.

Sèks ou: _____ Fanm

_____ Gason

_____ Lòt

Kominite rezidans: _____

Nan ki peyi ou te fèt: _____

Nasyonalite(yo): _____

Nivo ki pi wo edikasyon ou gen: _____ Debaz oswa prensipal

_____ Anseye mwayèn oswa segondè

_____ Pwofesyonèl teknisyen

_____ Pwofesyonèl san postgraduate / espesyalizasyon

_____ Pwofesyonèl ak postgraduate / espesyalizasyon

Si ou se pwofesyonèl, ¿Ki pwofesyon ou genyen? _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas individuales a usuarios de salud migrantes internacionales
Versión 03 – 19 de noviembre del 2019

Esta forma será guardada por un periodo de 3 años luego del término del estudio

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio **NO** afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con el equipo de salud que me atiende o con mi centro de atención de salud.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que las entrevistas individuales, no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida de manera segura.
- Entiendo que no recibiré ningún incentivo económico por mi participación.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?

Email: _____

SE DEBEN FIRMAR DOS COPIAS, UNA PARA EL PARTICIPANTE Y OTRA PARA EL INVESTIGADOR

Contacto

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), bcabieses@udd.cl o con **Alexandra Obach** (investigadora alterna) aobach@udd.cl Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534



KONSANTMAN ENFÒME

E entèvyou endividyèl pou pasyan sante migran entènasyonal
Vèsyon 03 – 19 novanm 2019

Fòm sa a pral stoke pou yon peryòd de 3 ane apre fini etid

PROYECTO FONIS SA19I0066

Jenerasyon kapasite pou reyinyon entèkiltirèl nan ekip sante yo, ki konsantre sou popilasyon migran entènasyonal la nan peyi Chili

Investigatè Responsab: Báltica Cabieses, PhD

- Mwen te li fòmilè enfòmasyon patisipan an, mwen te konprann nati envèstigasyon sa a ak poukisa mwen te chwazi patisipe. Mwen te gen opòtinite poze kesyon e yo te reponn nan yon fason ki satisfèzan.
- Mwen konprann ke patisipasyon mwen an volontè, ak desizyon m pou patisipe oswa non nan etid sa a **P'AP** afekte nan nenpòt fason relasyon ke mwen gen ak sijè etid yo.
- Mwen konprann ke mwen lib pou patisipe nan etid sa a, e ke mwen ka retire tèt mwen a nenpòt ki lè, yo ka retire nenpòt enfòmasyon oswa done yo te kolekte.
- Mwen konprann ke enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl, e obsèvasyon ak nòt yo yo pap idantifye nan nenpòt fason pyès sijè detid epi yo pral kenbe anonimite a.
- Mwen konprann ke tout enfòmasyon yo kolekte pral stoke pou 3 ane apre yo fin fè etid la, epi apre peryòd sa a li pral detwi.
- Mwen konprann ke mwen pa pral resevwa ankourajman ekonomik pou patisipasyon mwen.
- Mwen **dakò / pa dakò** [souliye sa ki kòrèk la] pou patisipe, nan etid sa a.

Non Patrisipan _____ Siyen _____

Siyen envèstigatè prensipal _____ Dat _____

Nou ta renmen voye yon rezime ak rezilta prensipal etid nou an bay ou, èske ou ta ka bay nou yon adrès postal pou voye sa nan lavni?

Imèl: _____

DWE EKRI SIYEN NAN DE PAPYE, YON PAPYE SE POU PATISIPAN AK LÒT PAPYE SE POU ENVESTIGATÈ

Kontak

Si ou vle diskite sou nenpòt detay sou pwojè sa a oswa sou dwa ou kòm yon patisipan, ou ka kontakte **Báltica Cabieses** (Envetigatè Responsab), bcabieses@udd.cl obyen avèk **Alexandra Obach** (Envetigatè segondé) aobach@udd.cl Direksyon: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, bilding 3, etaj 2, Santiago; Telefòn: 56 22 578 5534.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas grupales a usuarios de salud migrantes internacionales
Versión 03 – 19 de noviembre del 2019

Esta forma será guardada por un periodo de 3 años luego del término del estudio

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio **NO** afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con el equipo de salud que me atiende o con mi centro de atención de salud.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que las entrevistas grupales no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida de manera segura.
- Entiendo que no recibiré ningún incentivo económico por mi participación.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?

Email: _____

SE DEBEN FIRMAR DOS COPIAS, UNA PARA EL PARTICIPANTE Y OTRA PARA EL INVESTIGADOR

Contacto

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), bcabieses@udd.cl o con **Alexandra Obach** (investigadora alterna) aobach@udd.cl Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534



KONSANTMAN ENFÒME

Gwoup entèvyou pou pasyan sante migran entènasyonal
Vèsyon 03 – 19 novanm 2019

Fòm sa a pral stoke pou yon peryòd de 3 ane apre fini etid sa

PROYECTO FONIS SA19I0066

Jenerasyon kapasite pou reyinyon entèkiltirèl nan ekip sante yo, ki konsantre sou popilasyon migran entènasyonal la nan peyi Chili

Investigatè Responsab: Báltica Cabieses, PhD

- Mwen te li fòmilè enfòmasyon patisipan yo, mwen te konprann nati envèstigasyon sa a ak poukisa mwen te chwazi patisipe. Mwen te gen opòtinite poze kesyon e yo te reponn nan yon fason ki satisfèzan.
- Mwen konprann ke patisipasyon mwen an volontè, ak desizyon m pou patisipe oswa non nan etid sa a **P'AP** afekte nan nenpòt fason relasyon ke mwen gen ak sijè etid yo.
- Mwen konprann ke mwen lib pou patisipe nan etid sa a, e ke mwen ka retire tèt mwen nenpòt ki lè, yo ka retire nenpòt enfòmasyon oswa done yo te kolekte.
- Mwen konprann ke enfòmasyon yo kolekte yo pral konfidansyèl, e obsèvasyon ak nòt yo yo pap idantifye nan nenpòt fason pyès sijè detid epi yo pral kenbe anonimitè a.
- Mwen konprann ke tout enfòmasyon yo kolekte pral stoke pou 3 ane apre yo fin fè etid la, epi apre peryòd sa a li pral detwi.
- Mwen konprann ke mwen pa pral resevwa ankourajman ekonomik pou patisipasyon mwen.
- Mwen **dakò / pa dakò** [souliye sa ki kòrèk la] pou patisipe, nan etid sa a.

Non Patrisipan _____ Siyen _____

Siyen envèstigatè prensipal _____ Dat _____

Nou ta renmen voye yon rezime ak rezilta prensipal etid nou an bay ou, èske ou ta ka bay nou yon adrès postal pou voye sa nan lavni?

Imèl: _____

DWE EKRI SIYEN NAN DE PAPYE, YON PAPYE SE POU PATISIPAN AK LÒT PAPYE SE POU ENVESTIGATÈ

Kontak

Si ou vle diskite sou nenpòt detay sou pwòje sa a oswa sou dwa ou kòm yon patisipan, ou ka kontakte **Báltica Cabieses** (Envetigatè Responsab), bcabieses@udd.cl obyen avèk **Alexandra Obach** (Investigatè segondé) aobach@udd.cl Direksyon: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, bilding 3, etaj 2, Santiago; Telefòn: 56 22 578 5534.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas individuales a trabajadores de salud
Versión 03 – 19 de noviembre del 2019

Esta forma será guardada por un periodo de 3 años luego del término del estudio

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio **NO** afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con el equipo de salud que me atiende o con mi centro de atención de salud.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que las entrevistas individuales, no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida de manera segura.
- Entiendo que no recibiré ningún incentivo económico por mi participación.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?

Email: _____

SE DEBEN FIRMAR DOS COPIAS, UNA PARA EL PARTICIPANTE Y OTRA PARA EL INVESTIGADOR

Contacto

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), bcabieses@udd.cl o con **Alexandra Obach** (investigadora alterna) aobach@udd.cl Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534



Esta forma será guardada por un periodo de 3 años luego del término del estudio

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio **NO** afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con el equipo de salud que me atiende o con mi centro de atención de salud.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que las entrevistas grupales no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida de manera segura.
- Entiendo que no recibiré ningún incentivo económico por mi participación.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?

Email: _____

SE DEBEN FIRMAR DOS COPIAS, UNA PARA EL PARTICIPANTE Y OTRA PARA EL INVESTIGADOR

Contacto

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), bcabieses@udd.cl o con **Alexandra Obach** (investigadora alterna) aobach@udd.cl Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas individuales a autoridades de salud
Versión 03 – 19 de noviembre del 2019

Esta forma será guardada por un periodo de 3 años luego del término del estudio

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses, PhD

- He leído el formulario de información a participantes, he comprendido la naturaleza de esta investigación y por qué he sido seleccionado/a para participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que mi participación será voluntaria, y mi decisión de participar o no en este estudio **NO** afectará de ninguna forma la relación que yo mantengo con el equipo de salud que me atiende o con mi centro de atención de salud.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento, sin tener que explicar mis motivos para hacerlo.
- Entiendo que la información recolectada será confidencial, y que las entrevistas individuales, no identificarán de ninguna forma a ningún sujeto de estudio y mantendrán su anonimato.
- Entiendo que toda la información recolectada será guardada por 3 años tras haber finalizado el estudio, y que luego de este periodo será destruida de manera segura.
- Entiendo que no recibiré ningún incentivo económico por mi participación.
- Estoy **de acuerdo/ en desacuerdo** [*subrayar la correcta*] en participar, en este estudio.

Nombre Participante _____ Firma _____

Firma investigador principal _____ Fecha _____

Nos gustaría hacerle llegar un resumen con los principales resultados de nuestro estudio, ¿podría dejarnos algún correo electrónico para este envío en el futuro?

Email: _____

Dirección: _____

SE DEBEN FIRMAR DOS COPIAS, UNA PARA EL PARTICIPANTE Y OTRA PARA EL INVESTIGADOR

Contacto

Para cualquier información relativa al estudio se puede contactar con **Báltica Cabieses** (Investigadora Responsable), bcabieses@udd.cl o con **Alexandra Obach** (investigadora alterna) aobach@udd.cl Dirección: ICIM, Universidad del Desarrollo, Avenida Plaza 680, Las Condes 12461, torre 3, piso 2, Santiago; Fono: 56 22 578 5534



PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

Introducción

Usted ha aceptado participar hoy en una entrevista acerca de su trabajo en atención de salud con población migrante internacional. Esta entrevista tomará aproximadamente 60 a 90 minutos de su tiempo. La entrevista será grabada digitalmente, ya que es difícil recordar o escribir todo lo que usted diga. Después de nuestra conversación, escucharé la grabación y escribiré palabra por palabra lo que usted mencione. Luego la grabación será destruida. Ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted u otra persona serán incluidos en las notas escritas. Usted es libre de decidir si desea o no participar, y esto no le afectará de ninguna manera.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Está de acuerdo en participar? *[Dar la oportunidad de que la persona se retire si así lo desea]*

A) Preguntas introductorias sobre la persona

1. ¿Cuál es su nombre y edad?
2. ¿Cuál es su cargo y especialidad médica?
3. ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja en el cesfam/hospital?

B) Indagar en las percepciones de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile

4. ATENCION DIRECTA:
¿Atiende a personas que vienen de otros países?
¿De qué países son los usuarios que atiende?
¿Cómo percibe usted que se enfrenta a nivel país la migración? ¿Y la atención de salud para migrantes internacionales?
¿Cómo percibe usted que se enfrenta a nivel local la migración? ¿Y la atención de salud para migrantes internacionales en este nivel y en su trabajo?
5. FLUJO MIGRATORIO RECIENTE:
¿Ha sido siempre el mismo flujo de personas migrantes que ha tenido que atender?
¿Usted percibe que ha variado de alguna forma la atención en salud y sus prestaciones dirigidas a población migrante versus la población nacional? ¿Cómo?
6. EXPERIENCIA:
¿Cómo ha sido su experiencia en atención con esta población o con otras poblaciones con necesidades específicas? ¿Existen estereotipos?
¿Hay diferencias en la atención de población migrante en salud primaria y secundaria? Indagar en los desafíos si existen

C) Indagar en los discursos de interculturalidad en salud en atención primaria y secundaria de población de migrantes internacionales



7. FORMACION EN INTERCULTURALIDAD:
¿Qué es para usted la salud intercultural?
¿Ha tenido usted alguna formación en temas de salud e interculturalidad? Si es así ¿qué formación?
¿Cómo percibe usted que se plantea el concepto de salud intercultural en su lugar de trabajo? ¿Hay algún planteamiento explícito y concreto? ¿Y a nivel regional y nacional?

D) Describir las prácticas interculturales de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile

8. PROTOCOLOS FORMALES:
¿Existen protocolos de atención para migrantes que han sido instaurados desde los directivos en su lugar de trabajo? ¿cuáles son?
Si no existen guías o lineamientos de atención concretos ¿cómo resuelven situaciones como el no hablar el mismo idioma, por ejemplo? ¿O situaciones en que los usuarios tienen otras culturas médicas?.
9. OTRAS ACCIONES:
¿Hay acciones concretas que haya implementado usted o en conjunto con su equipo de trabajo para atender a personas migrantes? ¿cuáles son?
10. BARRERAS Y FACILITADORES:
¿Existen barreras o elementos que dificultan según su percepción la atención de población migrante? ¿cuáles son? ¿Existen elementos que facilitan según su percepción la atención de población migrante? ¿cuáles son?

E) Describir las necesidades y sugerencias para un modelo de atención en interculturalidad y salud y capacitaciones

11. RECOMENDACIONES DE MEJORA:
Según lo que hemos ido conversando a través de esta entrevista, ¿cuáles son sus sugerencias para mejorar la atención de salud de la población migrante internacional?
12. POLÍTICA SALUD INMIGRANTES:
Si usted conoce la nueva Política pública de atención de salud de migrantes internacionales ¿Qué elementos usted considera positivos? ¿qué elementos considera que podrían agregarse, que faltan o que podrían mejorarse?
Si no la conoce, ¿qué cree usted que debería incluir una política pública de este tipo de acuerdo a su experiencia?
13. NECESIDADES DE SALUD DE ESTA POBLACION:
¿Qué necesidades detecta usted a nivel local para la atención de salud de población migrante internacional? ¿Y a nivel nacional?
¿Algunas de estas necesidades han sido cubiertas?
¿Usted cree que necesita algún tipo de capacitación en este tema? Si es así, ¿en qué áreas?

PREGUNTAS FINALES VERIFICADORAS:

- ¿Conoce usted el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas del ministerio de salud?
¿Conoce usted la política de salud de inmigrantes del ministerio de salud?

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

Introducción

Usted ha aceptado participar hoy en una entrevista acerca de su trabajo en atención de salud con población migrante internacional. Esta entrevista tomará aproximadamente 60 a 90 minutos de su tiempo. La entrevista será grabada digitalmente, ya que es difícil recordar o escribir todo lo que usted diga. Después de nuestra conversación, escucharé la grabación y escribiré palabra por palabra lo que usted mencione. Luego la grabación será destruida. Ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted u otra persona serán incluidos en las notas escritas. Usted es libre de decidir si desea o no participar, y esto no le afectará de ninguna manera.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Está de acuerdo en participar? *[Dar la oportunidad de que la persona se retire si así lo desea]*

A) Preguntas introductorias sobre la persona

1. ¿Cuál es su profesión? ¿Cuál es su cargo?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja en su cargo?
3. ¿De qué trata su trabajo en relación con lo migrantes internacionales y la salud?

B) Indagar en las percepciones de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile

4. **ABORDAJE GENERAL:**
¿Cómo percibe usted que se enfrenta a nivel país la migración? ¿Y la atención de salud para migrantes internacionales?
¿Cómo percibe usted que se enfrenta a nivel local la migración?
Según su parecer, ¿cómo ha ido variando en el tiempo la atención de migrantes internacionales en salud en Chile?
5. **POLÍTICA DE SALUD INMIGRANTES:**
¿Usted participó de alguna instancia de la construcción de la nueva política pública de salud para migrantes?
¿en cuál o cuáles?
¿Qué opina de esta nueva política pública?
¿Qué elementos destaca de esta iniciativa?
¿Qué elementos cree usted que hacen falta?
6. **DESAFÍOS DE ATENCIÓN EN SALUD:**
¿Cuáles son los desafíos en atención de esta población a nivel primario?
¿Cuáles son los desafíos en atención de esta población a nivel secundario?
¿Usted percibe una diferencia en la atención en salud y sus prestaciones dirigidas a población migrante versus la población nacional? ¿Cómo?
¿Cómo ha sido su experiencia de trabajo con esta población o con otras poblaciones con necesidades específicas? ¿Existen estereotipos?

C) Indagar en los discursos de interculturalidad en salud en atención primaria y secundaria de población de migrantes internacionales



7. FORMACIÓN EN INTERCULTURALIDAD:
¿Qué es para usted la salud intercultural?
¿Ha tenido usted alguna formación en temas de salud e interculturalidad? Si es así ¿qué formación?
¿Cómo percibe usted que se plantea el concepto de salud intercultural en Chile?
¿Hay diferencias de esta idea de salud intercultural según las realidades locales y regionales?
8. MODELOS DE SALUD INTERCULTURAL:
Si usted conoce otras iniciativas en el continente o en otros países sobre salud intercultural, ¿que diferencias percibe con la realidad chilena? ¿Y qué similitudes?
¿Qué elementos podrían ser rescatados de estas otras experiencias? ¿Qué elementos no deberían replicarse en nuestro país?
¿Qué elementos son para usted indispensables para construir un modelo de atención de salud intercultural para el país con foco en población migrante? ¿Qué elementos para usted son innecesarios?
9. SALUD INTERCULTURAL DESDE EQUIPOS DE SALUD EN CHILE:
¿Cómo percibe usted que los equipos de salud enfrentan el tema de la salud intercultural? ¿Y la atención en salud de población migrante internacional?
¿Cómo percibe usted que las redes asistenciales enfrentan el tema de la salud intercultural?
¿Cómo percibe usted que los referentes de migrantes en salud pública enfrentan el tema de la salud cultural en conjunto?

D) Describir las prácticas interculturales de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile

10. PRÁCTICAS CONCRETAS Y EXPLÍCITAS:
¿Qué acciones concretas de atención de esta población usted destaca a nivel local? ¿Y a nivel regional? ¿Y a nivel nacional?
¿Estas acciones están delineadas en lineamientos?
11. OTRAS PRÁCTICAS NO EXPLÍCITAS:
¿Qué acciones concretas de atención de esta población usted destaca que no se encuentren en los lineamientos o guías?
¿Existen barreras o elementos que dificultan según su percepción la atención de población migrante? ¿cuáles son? ¿Existen elementos que facilitan según su percepción la atención de población migrante? ¿cuáles son?

E) Describir las necesidades y sugerencias para un modelo de atención en interculturalidad y salud y capacitaciones

12. NECESIDADES DE SALUD DE ESTA POBLACION:
¿Qué necesidades detecta usted a nivel local para la atención de salud de población migrante internacional? ¿Y a nivel nacional?
¿Usted cree que necesita algún tipo de capacitación en este tema? Si es así, ¿en qué áreas?
¿Usted cree que los equipos de salud u otros actores del mundo de la salud necesitan algún tipo de capacitación? Si es así, ¿en qué temas?
13. SUGERENCIAS DE MEJORA:
Según lo que hemos ido conversando a través de esta entrevista, ¿cuáles son sus sugerencias para mejorar la atención de salud de la población migrante internacional?
Sobre la nueva política pública de atención de salud de migrantes internacionales ¿qué elementos considera que podrían agregarse, que faltan o que podrían mejorarse? ¿Qué elementos usted considera positivos?

PREGUNTAS FINALES VERIFICADORAS:

¿Conoce usted el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas del ministerio de salud?

¿Conoce usted la política de salud de inmigrantes del ministerio de salud?



PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

Introducción

Usted ha aceptado participar hoy en una entrevista acerca de sus experiencias de salud en Chile. Esta entrevista tomará aproximadamente 60 a 90 minutos de su tiempo. La entrevista será grabada digitalmente, ya que es difícil recordar o escribir todo lo que usted diga. Después de nuestra conversación, escucharé la grabación y escribiré palabra por palabra lo que usted mencione. Luego la grabación será destruida. Ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted u otra persona serán incluidos en las notas escritas. Usted es libre de decidir si desea o no participar, y esto no le afectará de ninguna manera.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Está de acuerdo en participar? *[Dar la oportunidad de que la persona se retire si así lo desea]*

A) Preguntas introductorias sobre la persona

1. ¿Cuál es su comuna de residencia?
2. ¿Cuál es su nacionalidad?
3. ¿Desde hace cuánto vive en Chile?
4. ¿Usted trabaja?
5. ¿Su familia está con usted en Chile?
6. ¿Cómo ha sido su experiencia en Chile?
7. ¿Usted pertenece a algún colectivo de migrantes o algún grupo?

B) Describir las prácticas de salud

8. SALUD PAÍS DE ORIGEN:
En su país de nacimiento ¿tuvo problemas de salud?
¿Cómo y dónde se atendía?
¿Ha tenido problemas de salud desde que llegó a Chile?
¿Y su familia?
¿Qué problemas de salud ha tenido?
9. SALUD EN CHILE:
Actualmente cuando está enfermo/a ¿dónde se atiende?
¿Usa algún otro tipo de medicina? ¿Cuál? ¿En qué ocasiones?
¿Tiene alguna previsión de salud? ¿Fonasa, Isapre?
¿Cómo ha podido informarse acerca del funcionamiento del sistema de salud chileno?
¿Ha necesitado atenderse con especialistas? ¿Cómo ha sido esta experiencia?
¿Cómo ha sido la relación con el personal administrativo de los centros de salud?



¿Cómo fue la recepción en el mesón de atención?



C) Indagar en las percepciones de atención en salud primaria y secundaria

10. EXPERIENCIA CON SALUD EN CHILE:

¿Cómo ha sido su experiencia de atención en los cesfam u hospitales en Chile?

¿Qué cosas usted destaca como positivas? ¿Qué cosas cree usted que hicieron falta en sus experiencias de atención de salud?

Si se ha atendido en distintos centros de salud ¿estas experiencias han sido diferentes? ¿cómo?

¿Conoce la experiencia de sus familiares cuando se atienden? ¿Y de amigos o conocidos?

Gatillar con ejemplos de casos: atención tardía prenatal, discriminación por color de piel, dificultad para pedir hora la primera vez...

11. BARRERA DE IDIOMA:

Si la persona no habla español: ¿cómo ha podido comunicarse con el equipo de salud? ¿Ha podido acceder a algún mediador cultural? ¿Cómo fue esa experiencia?

D) Describir las sugerencias para un modelo de atención en interculturalidad y salud

12. Según lo que hemos ido conversando a través de esta entrevista, ¿cuáles son sus sugerencias para mejorar la atención de salud de migrantes en general?

13. Si usted pudiera hablar con alguna autoridad de salud, ¿qué mensaje le gustaría entregar?

14. ¿Tiene alguna otra opinión que quisiera expresar?

PREGUNTAS FINALES VERIFICADORAS:

¿Conoce usted el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas del ministerio de salud?

¿Conoce usted la política de salud de inmigrantes del ministerio de salud?

PROYECTO FONIS SA19I0066

Jenerasyon kapasite pou reyinyon entèkiltirèl nan ekip sante yo, ki konsantre sou popilasyon migran entènasyonal la nan peyi Chili

Investigatè Responsab: Báltica Cabieses, PhD

Entwodiksyon

Ou te vlè patisipe jodia nan yon entèvyou pou konnen ki eksperyans nan sante ou te gen nan Chili. Entèvyou endividyèl, nan swen sante primé ak segondé. Entèvyou a pral anrejistre nan odyo, paske se difisil pou nou sonje oubyen ekri tout bagay ki ou pral di, ki ou pral pale. Aprè ki pral imedyatman transkri odyo sou papye, mo pou m oki out te di. Aprè nou fini ekri sa, odyo a pral detwi. Nom ou oswa lòt enfòmasyon ki kapab idantifye ou, nou pa pral ekri sa. Desizyon w pou w patisipe oswa non, P'AP afekte nan nenpòt fason relasyon ou genyen ak envèstigatè a, e ak ekip sante ki fè atansyon pou ou, ak kote ke ou travay, ou ankò ak moun ki travay ak ou.

¿Ou genyen yon kesyon? ¿Ou vle patisipe?

A) Kesyon entwodiksyon sou moun lan

1. Nan ki kominote ou rete?
2. Ki nasyonalite ou genyen?
3. Depi konbyen tan ou te nan Chili?
4. Ou travay?
5. Fanmi ou habite ak ou nan Chili?
6. Ki jan eksperyans ou te fè nan Chili?
7. Ki dwe nan kèk gwoup imigran?

B) Dekri pratik sante

8. SANTE NAN PEYI LI TE FÈT:
Nan peyi ki ou te fèt ¿ou te gen pwoblèm sante?
Kouman ak nan ki kotè ou te gen atansyon sante?
Ou te gen pwoblèm nan sante ou depi ou te rive nan Chili?
E fanmin ou?
Ki pwoblèm nan sante ou te genyen?
9. SANTE NAN CHILI:
Kounye a lè ou malad. Nan ki kote ou te genyen atansyon sante?
Ou itilize yon medikaman? Ki medikaman? Nan ki okazyon?
Gen pwedi sante? ¿Fonasa, Isapre?
Kijan ou ka jwenn enfòmasyon sou operasyon sistèm sante chilyen an?
Ou te bezwen pou ede avèk espesyalis yo? Kijan eksperyans ou te gen?



Kijan jan yo te relasyon an ak anplwaye, moun ki travay kouman administratif, nan sant sante?

Kijan yo te resepsyon an moun ki travay nan biwo resepsyon an?



C) Chèche konnen pèsesyon swen sante prime ak segondè

10. EKPERYANS SANTE NAN CHILI:

Kijan eksperyans an atansyon sante nan CESFAM oswa lopital nan Chili?

Ki bagay sa yo pozitif? ¿Ki bagayo u kwe ki manke pou genyen yon bon atansyon nan sant sante?

Si ou te gen atansyon nan diferan sant sante ¿Ekperyans an sante se diferan? Kouman?

Ou konnen ki eksperyans te gen famni ou chak fwa ki gen atansyon sante? Se zamin ou oswa moun ki ou konnen?

Pou egzanp: Atansyon pou fanm ansent twò ta, diskriminasyon pou koulè po, pwoblèm pou mande atansyon sante.

11. BARYÈ POU LANG:

Si moun pa pale panyòl: Kouman ou te kap pale ak ekip sante nan sant sante? Ou te kap gen atasyon ak yon fasilite entèkiltirèl? Kouman te se eksperyans sa?

D) Dekri sikasyon pou yon modèl swen nan entèkilalite ak sante

12. Dapre sa nou te pale nan entèvyou sa a: Ki sikasyon ou yo amelyore swen sante nan inmigran yo?
13. Si o uta ka pale ak nenpòt otorite sante, Ki mesaj ou ta renmen delivwe?
14. Ou gen nenpòt lòt opinyon ke ou ta renmen ekspri?

KESYON VERIFIKASYON FINAL YO:

Ou konnen pwogram espesyal sante moun endijèn ki gen Ministerio de Salud?

Ou konnen politik inmigran sante ki gen Ministerio de Salud?

PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

Introducción

Ustedes han aceptado participar hoy en una entrevista grupal acerca de su trabajo en atención de salud con población migrante internacional. Esta entrevista grupal tomará aproximadamente 60 a 90 minutos de su tiempo. La entrevista será grabada digitalmente, ya que es difícil recordar o escribir todo lo que los participantes digan. Después de esta entrevista, escucharé la grabación y escribiré palabra por palabra lo que se mencione. Luego la grabación será destruida. Ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted o a las personas del grupo serán incluidas en las notas escritas. Ustedes son libres de decidir si desean o no participar, y esto no les afectará de ninguna manera.

¿Tienen alguna pregunta? ¿Están de acuerdo en participar? *[Dar la oportunidad de que la persona se retire si así lo desea]*

Moderador/a: Buenas tardes, para comenzar me gustaría hacer una ronda de presentación en donde cada uno pueda decir su nombre y edad. Recuerden que sus nombres serán borrados cuando se realicen las transcripciones. Por ahora los utilizaremos para poder identificarnos fácilmente. Moderador/a se presenta primero.

Preguntas introductorias sobre los participantes

1. ¿Cuál es su nombre y edad?
2. ¿Cuál es su profesión?
3. ¿Cuál es su cargo y especialidad médica? (si corresponde)
4. ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja en el cesfam/hospital?

B) Indagar en las percepciones de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile

5. ATENCION A MIGRANTES:
¿Ustedes atienden a personas que vienen de otros países?
¿De qué países son los usuarios que atienden?
¿Alguno de ustedes percibe que ha variado de alguna forma la atención en salud y sus prestaciones dirigidas a población migrante versus la población nacional? ¿Cómo?
6. FLUJOS Y EXPERIENCIAS:
¿Ha sido siempre el mismo flujo de personas migrantes que han tenido que atender?



¿Cómo ha sido su experiencia en atención con esta población o con otras poblaciones con necesidades específicas?

Si alguno de ustedes a trabajado en distintos lugares atendiendo población migrante ¿percibe diferencias entre estos lugares? ¿cuáles? ¿Hay diferencias en la atención de población migrante en salud primaria y secundaria? Indagar en los desafíos si existen

7. ESTEREOTIPOS Y DISCRIMINACIÓN:

¿Existen estereotipos sobre los migrantes? ¿cuáles son?

¿Cómo percibe usted que se enfrenta a nivel país la migración?

¿Y la atención de salud para migrantes internacionales?

¿Cómo percibe usted que se enfrenta a nivel local la migración?

¿Y la atención de salud para migrantes internacionales en este nivel y en su trabajo?

C) Indagar en los discursos de interculturalidad en salud en atención primaria y secundaria de población de migrantes internacionales

8. FORMACIÓN EN INTERCULTURALIDAD:

¿Alguno de ustedes ha tenido alguna formación en temas de salud e interculturalidad? Si es así ¿qué formación?

¿Qué es para ustedes la salud intercultural? ¿Qué elementos son primordiales cuando hablamos de salud intercultural y migrantes?

¿Cómo perciben ustedes que se plantea el concepto de salud intercultural en su lugar de trabajo? ¿Hay algún planteamiento explícito y concreto? ¿Y a nivel regional y nacional?

D) Describir las prácticas interculturales de atención en salud primaria y secundaria, en específico con población de migrantes internacionales en Chile

9. PRACTICAS CONCRETAS O EXPLÍCITAS:

¿Existen protocolos de atención para migrantes que han sido instaurados en sus lugares de trabajo? ¿cuáles son?

¿Hay acciones concretas que hayan implementado ustedes o en conjunto con su equipo de trabajo para atender a personas migrantes? ¿cuáles son?

¿Han podido compartir estas experiencias con otros equipos de salud?

10. PRACTICAS NO EXPLÍCITAS:

Si no existen guías o lineamientos de atención concretos ¿cómo resuelven situaciones como el no hablar el mismo idioma, por ejemplo? ¿O situaciones en que los usuarios tienen otras culturas médicas?

¿Existen barreras o elementos que dificultan según su percepción la atención de población migrante? ¿cuáles son?

¿Existen elementos que facilitan según su percepción la atención de población migrante? ¿cuáles son?

E) Describir las necesidades y sugerencias para un modelo de atención en interculturalidad y salud y capacitaciones

14. NECESIDADES DE SALUD DE ESTA POBLACION:

¿Qué necesidades detecta usted a nivel local para la atención de salud de población migrante internacional? ¿Y a nivel nacional?

¿Usted cree que necesita algún tipo de capacitación en este tema? Si es así, ¿en qué áreas?

¿Usted cree que los equipos de salud u otros actores del mundo de la salud necesitan algún tipo de capacitación? Si es así, ¿en qué temas?

15. SUGERENCIAS DE MEJORA:

Según lo que hemos ido conversando a través de esta entrevista, ¿cuáles son sus sugerencias para mejorar la atención de salud de la población migrante internacional?

Sobre la nueva política pública de atención de salud de migrantes internacionales ¿qué elementos considera que podrían agregarse, que faltan o que podrían mejorarse? ¿Qué elementos usted considera positivos?

PREGUNTAS FINALES VERIFICADORAS:

¿Conoce usted el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas del ministerio de salud?

¿Conoce usted la política de salud de inmigrantes del ministerio de salud?



PROYECTO FONIS SA19I0066

Generando capacidades para el encuentro intercultural en equipos de salud, con foco en población migrante internacional en Chile

Investigadora Responsable: Báltica Cabieses V.

Introducción

Ustedes han aceptado participar hoy en una entrevista grupal acerca de su experiencia de salud en Chile. Esta entrevista grupal tomará aproximadamente 60 a 90 minutos de su tiempo. La entrevista será grabada digitalmente, ya que es difícil recordar o escribir todo lo que los participantes digan. Después de esta entrevista, escucharé la grabación y escribiré palabra por palabra lo que se mencione. Luego la grabación será destruida. Ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted o a las personas del grupo serán incluidas en las notas escritas. Ustedes son libres de decidir si desean o no participar, y esto no les afectará de ninguna manera.

¿Tienen alguna pregunta? ¿Están de acuerdo en participar? *[Dar la oportunidad de que la persona se retire si así lo desea]*

Moderador/a: Buenas tardes, para comenzar me gustaría hacer una ronda de presentación en donde cada uno pueda decir su nombre y edad. Recuerden que sus nombres serán borrados cuando se realicen las transcripciones. Por ahora los utilizaremos para poder identificarnos fácilmente. Moderador/a se presenta primero.

Preguntas de apertura y presentación para la ronda

1. GENERALES:
Edad, sexo, Comuna de residencia
Nacionalidad
¿Desde hace cuánto vive en Chile?
¿Usted trabaja? ¿O estudia?
¿Su familia está con usted en Chile?
2. OPCIONALES O DE PROFUNDIZACIÓN:
¿Usted se comunica con su familia que está en su país de origen?
¿Cómo ha sido su experiencia en Chile?
¿Alguien pertenece a algún grupo o colectivo de migrantes u de otro tipo? ¿cuál?

B) Describir las prácticas de salud

3. SALUD PAÍS DE ORIGEN:
En su país de nacimiento ¿tuvo problemas de salud?
¿Cómo y dónde se atendía?
¿Ha tenido problemas de salud desde que llegó a Chile?
¿Y su familia?
4. SALUD EN CHILE:
¿Qué problemas de salud ha tenido?

Actualmente cuando está enfermo/a ¿dónde se atiende?
¿Usa algún otro tipo de medicina? ¿Cuál? ¿En qué ocasiones?
¿Tiene alguna previsión de salud? ¿Fonasa, Isapre?
¿Cómo ha podido informarse acerca del funcionamiento del sistema de salud chileno?
¿Ha necesitado atenderse con especialistas? ¿Cómo ha sido esta experiencia?
¿Cómo ha sido la relación con el personal administrativo de los centros de salud?
¿Cómo fue la recepción en el mesón de atención?



C) Indagar en las percepciones de atención en salud primaria y secundaria

5. EXPERIENCIA CON SALUD EN CHILE:

¿Cómo ha sido su experiencia de atención en los cesfam u hospitales en Chile?
¿Qué cosas usted destaca como positivas? ¿Qué cosas cree usted que hicieron falta en sus experiencias de atención de salud?
Si se ha atendido en distintos centros de salud ¿estas experiencias han sido diferentes? ¿cómo?
¿Conoce la experiencia de sus familiares cuando se atienden? ¿Y de amigos o conocidos?

Gatillar con ejemplos de casos: atención tardía prenatal, discriminación por color de piel, dificultad para pedir hora la primera vez...

6. BARRERA DE IDIOMA:

Si la persona no habla español: ¿cómo ha podido comunicarse con el equipo de salud? ¿Ha podido acceder a algún mediador cultural? ¿Cómo fue esa experiencia?

D) Describir las sugerencias para un modelo de atención en interculturalidad y salud

7. Según lo que hemos ido conversando a través de esta entrevista, ¿cuáles son sus sugerencias para mejorar la atención de salud de migrantes en general?
8. Si usted pudiera hablar con alguna autoridad de salud, ¿qué mensaje le gustaría entregar?
9. ¿Tiene alguna otra opinión que quisiera expresar?

PREGUNTAS FINALES VERIFICADORAS:

¿Conoce usted el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas del ministerio de salud?
¿Conoce usted la política de salud de inmigrantes del ministerio de salud?