



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA  
Facultad de Medicina  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

## INFORME FINAL

# Sistematización de experiencias y aprendizajes de comunas con y sin implementación del Programa Ministerial de Atención a Migrantes de APS en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Santiago, junio del 2022

Entidad solicitante:

Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Entidad que diseña la propuesta:

Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Investigadoras:

Báltica Cabieses, PhD [bcabieses@udd.cl](mailto:bcabieses@udd.cl) +56 9 6 594 6085

Alexandra Obach, PhD [aobach@udd.cl](mailto:aobach@udd.cl) +56 9 9 699 8761

Asistente de investigación:

María Consuelo Robledo, BSc, antropóloga

Francisca Vezzani, BSc, antropóloga

## Índice

|  |     |
|--|-----|
| Resumen ejecutivo .....  | 4   |
| Antecedentes .....   | 20  |
| Salud de migrantes internacionales desde el enfoque de determinantes sociales.....   | 21  |
| El Programa de Acceso a la Atención a Migrantes en APS del MINSAL.....   | 22  |
| Propósito del estudio.....   | 27  |
| Resultados.....  | 31  |
| Percepciones generales sobre el programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en equipos de salud y afines .....                                    | 31  |
| Descripción general .....  | 31  |
| Debilidades en la implementación del programa.....   | 31  |
| Comunas con implementación del programa del SSMOCC: los casos de Quinta Normal y Melipilla .....   | 33  |
| Descripción general.....   | 33  |
| Comunas sin implementación del programa del SSMOCC: los casos de Lo Prado y Curacaví.....  | 35  |
| Descripción general.....   | 35  |
| Debilidades en torno al trabajo con migrantes .....  | 35  |
| Motivaciones y gatillantes de la implementación de este programa en comunas del SSMOCC, y motivadores y gatillantes en comunas que no lo tienen. ....  | 37  |
| Gatillantes implementación.....  | 37  |
| <i>Criterios para decidir comunas</i> .....  | 37  |
| <i>Acciones o acontecimientos previos a la implementación del programa</i> .....   | 38  |
| Condiciones de vida de la población migrante .....   | 41  |
| Necesidades en salud de la población migrante .....  | 48  |
| Procesos de implementación del Programa y grado de logro de objetivos . ....   | 54  |
| Proceso de Implementación del programa .....   | 54  |
| <i>Articulación sector salud a nivel interno</i> .....   | 60  |
| Trabajo comunas sin programa.....  | 68  |
| Aprendizajes y desafíos pendientes en la implementación del Programa en comunas del SSMOCC .....   | 83  |
| Aprendizajes .....   | 83  |
| Desafíos .....   | 84  |
| Recomendaciones .....  | 89  |
| Observación etnográfica y registro fotográfico .....   | 91  |
| Resumen Sistematización de experiencias y aprendizajes de comunas con y sin implementación del Programa Ministerial de Atención a Migrantes de APS en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente ..... | 112 |
| Recomendaciones generales para el SSMOCC .....   | 129 |
| Bibliografía .....   | 133 |

## Resumen ejecutivo

### ANTECEDENTES

La migración internacional es definida como “movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales”, movimiento generalmente motivado por la búsqueda de mejores condiciones de vida, el que ha sido facilitado por la globalización, acceso al cruce de fronteras, comunidades internacionales y estratificación internacional laboral. El año 2019 se estimó 272 millones de migrantes internacionales, representando 3.5% de la población mundial. Existe una importante migración intrarregional en Latinoamérica conocida como migración sur-sur, resultado del aumento de barreras para el ingreso a países del norte, y el interés que despertó el creciente desarrollo económico y condiciones sociopolíticas favorables de algunos países de la región; donde incluso el costo de la migración era menos. Chile es uno de los territorios con crecimiento de migración intrarregional en las últimas décadas. Fenómeno propiciado por la firma de tratados que facilitaban la movilidad entre países de la región, así como la relativa estabilidad política y económica de Chile, que atrajo a migrantes de países latinoamericanos con contextos desfavorables. Según estadísticas migratorias 2019, había 1.492.522 personas extranjeras residentes en el país, lo que constituye más del 7% de la población nacional. La población migrante en Chile es altamente heterogénea y dinámica en el tiempo, estando actualmente compuesta principalmente por venezolanos, seguido por peruanos, haitianos, colombianos y bolivianos. Su gran heterogeneidad también se da por sus condiciones socioeconómicas, habiendo grupos de migrantes con alto ingreso y otros grupos en profunda pobreza multidimensional y monetaria.

Los migrantes son diversos no solo por su país de origen, sino que también por sus contextos sociales y culturales, y sus experiencias migratorias; con potencial efecto en su salud física y emocional. Esto puede interpretarse desde el enfoque de los determinantes sociales de salud (DSS), haciendo referencia a la centralidad de las condiciones sociales (familiares, laborales, comunitarias, del sistema de salud, entre otras) en que el individuo se desarrolla en su ciclo vital. Dichas condiciones sociales -o determinantes sociales- pueden tener un efecto poderoso en la vida y salud de los individuos, por medio de mecanismos de estratificación social jerárquica que conducen a diferencias sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales (i.e. inequidades sociales en salud). La migración internacional ha sido reconocida como un determinante social de la salud (DSS), pues las circunstancias de la migración pueden incidir en riesgos e inequidades que alteran la salud. El acceso al sistema de salud es una problemática central en migración y salud ya que compromete el potencial de ingreso y uso de sus prestaciones; que en migrantes tiende a ser reducido y con barreras para su utilización. Estas limitaciones pueden derivarse de desventajas socioeconómicas, estatus migratorio, desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, y dificultades culturales e idiomáticas que restringen el acceso oportuno a tamizajes, diagnóstico y tratamiento (19).

La atención primaria es un componente fundamental del sistema de salud de muchos países del mundo. En Chile, este corresponde a un elemento central de la propuesta de redes asistenciales integradas, aportando de manera sustancial al fortalecimiento global del sistema de salud. Se preocupa principalmente de promover la salud y prevenir que las personas se enfermen. La Atención Primaria de Salud (APS), representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público. Su objetivo es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, anticipándose a la enfermedad. En conciencia de procesos globales de flujos migratorios crecientes para Chile, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios y su Estrategia Nacional de Salud vigente del periodo 2011-2020 manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó 2016 y 2017, para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales. Dicho Plan Piloto tuvo como intervención principal el Programa Acceso a la Atención de salud de personas Migrantes internacionales en APS (Atención Primaria en Salud). El propósito de este programa es contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación nacional e internacional, vinculados con personas migrantes y derechos humanos. El Programa se orienta a disminuir brechas en el acceso a la atención integral de salud a personas migrantes y fomentar la entrega de prestaciones de salud con pertinencia cultural. Para tal efecto, el Programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a: a)

difundir mecanismos para acceder a la atención de salud y sobre deberes y derechos de población migrante; b) promover actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante; c) detectar la caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes; d) implementar un plan de acceso y calidad de la atención a población migrante; e) monitorear e incentivar el control del embarazo precoz en mujeres migrantes en establecimientos de atención primaria; f) capacitar a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de las personas migrantes.

El siguiente informe da cuenta de una sistematización, desde un enfoque cualitativo y pragmático, de experiencias y aprendizajes sobre la implementación del Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en comunas seleccionadas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Los objetivos específicos de este trabajo fueron: i) Indagar en percepciones generales sobre el programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en equipos de salud y afines en comunas que sí lo han implementado y que no lo han implementado en el SSMOCC. 2) Develar motivaciones y gatillantes de la implementación de este programa en comunas seleccionadas del SSMOCC, así posibles motivadores o gatillantes de su implementación en comunas que aún no lo inician, según equipos de salud y afines. 3) Develar procesos a través de los cuales este programa fue implementado en comunas seleccionadas y el grado de logro de sus objetivos en cada una de ellas, desde la percepción de sus actores clave, según equipos de salud y afines. 4) Indagar en aprendizajes y desafíos pendientes de la implementación de este programa en comunas que sí lo han implementado y que no lo han implementado en el SSMOCC, a partir de la voz de equipos de salud y afines.

## **METODOLOGÍA**

Diseño de sistematización cualitativa, de carácter de sistematización descriptiva y exploratoria. La sistematización contó con dos fases: (i) Fase de entrevistas semi estructuradas; (ii) Fase de visita a terreno y observación etnográfica con fichas de registro.

**Universo y muestra:** El universo de esta sistematización corresponde a equipos de salud de APS que trabajan en las comunas que pertenecen al Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Para la sistematización se trabajó con dos comunas que sí han implementado el programa y dos comunas que no lo han implementado. Las comunas que sí lo han implementado son: Quinta Normal y Melipilla. Las comunas que no lo han implementado son Lo Prado y Curacaví. Se concretó una muestra de: autoridad del SSMOCC (N=1); directores/as de Cesfam de las cuatro comunas abordadas (N=4); profesionales de salud de las cuatro comunas abordadas (N=7); profesionales de salud del Programa de Cesfam de las comunas abordadas o referentes de migración de Cesfam de las comunas abordadas (N=6); Facilitador/a intercultural de las comunas abordadas (N=3).

**Reclutamiento y recolección de información:** Se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Se realizaron un total de 21 entrevistas individuales semi-estructuradas. Como estrategia de selección de participantes para las entrevistas, se definieron los participantes junto con la contraparte, con un correo de invitación oficial. Se contó con guiones semi-estructurados, basados en los objetivos específicos de esta sistematización. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de entre 45 y 50 minutos, y que se realizaron vía virtual y de manera presencial, según capacidad por contexto de pandemia.

Para las visitas a terreno, se trabajó con la técnica etnográfica. Las visitas fueron programadas junto con la contraparte, en diferentes días y horas en cada territorio. Las visitas contaron con fichas etnográficas previamente establecidas, donde se dejó registro de observaciones, conversaciones, material relacionado, entre otros. Asimismo, se tomaron fotografías de contexto con el fin de ilustrar la experiencia en terreno en cada comuna. Se realizaron un total de 4 visitas etnográficas a terreno.

**Plan de análisis:** Se realizó la transcripción Verbatim de todas las entrevistas semiestructuradas a un documento de Word y luego se analizó el material temáticamente conforme a las categorías orientadoras del guión de entrevistas, pero admitiendo también categorías emergentes desde la voz de los mismos participantes. Las fichas etnográficas fueron vaciadas en una ficha de matriz general, para su análisis de contenido temático similar a las entrevistas. Todo el material audiovisual recogido fue organizado en una carpeta virtual protegida por territorio.

**Aspectos éticos:** El resguardo de la confidencialidad de los participantes ha sido primordial en esta sistematización. Es por esto que se aseguró a los participantes el mantenimiento de su confidencialidad. Para el material cualitativo obtenido se aseguró que los nombres y datos personales de las personas entrevistadas nunca serán expuestos en el análisis ni en ningún material vinculado a la sistematización. Para ello se realizó la asignación de códigos para los participantes en las transcripciones y en todos los registros de la sistematización, siendo solo la investigadora principal quien tenga acceso a la base de datos que permite individualizar los códigos. En la etapa de análisis se mantuvieron también estas medidas de resguardo. De este modo, el análisis no permite identificar a ningún participante, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los participantes. Antes de su ejecución, la propuesta contó con la autorización de la dirección del servicio. Por ser una sistematización solicitada por el servicio para dar registro formal a su trabajo habitual, no se consideró la pertinencia de evaluación ético-científica.

## **RESULTADOS**

### **Percepciones generales sobre el Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en equipos de salud y afines**

**Descripción general:** la implementación del Programa de Acceso a la Atención a Migrantes en APS en comunas del SSMOCC representa un apoyo a la gestión que realizan los diversos territorios, y que así viene definido desde el MINSAL. Se sostiene que muchas veces no es comprendido de este modo desde los contextos locales, ya que en ocasiones toda la estrategia de acceso a la atención de migrantes se centra en el quehacer del Programa cuando esto no debiera ser el eje. En este sentido, se recalca que el Programa es una herramienta para apoyar las acciones que cada territorio ya realiza, pero no es el centro del quehacer en materia de migración y salud.

El Programa buscar incentivar el desarrollo de estrategias comunitarias, y de participación comunitaria. Lamentablemente se reconoce que este eje de participación no siempre es priorizado, sino que se le da antelación a lo asistencial, y toda la estrategia se reduce en muchas ocasiones a las actividades asistenciales individuales y no a la promoción de trabajo colectivo con las comunidades migrantes.

**Debilidades en la implementación del Programa:** Una de las principales debilidades para la ejecución del Programa en las comunas tiene que ver con la sobrecarga de las personas encargadas del Programa en APS. En general, los y las referentes del Programa son a su vez encargados/as de otros programas y servicios, lo que limita la capacidad de respuesta y de cumplimiento de objetivos del Programa. Sumando a lo anterior, se señala que el funcionamiento de los Programas y la realización de acciones en las comunas, dependen si es que se encuentra institucionalizada la temática y se aplica con recursos y horas protegidas para que las personas puedan abordar el trabajo a realizar. Si esto no se cumple, finalmente el trabajo se tiende a dejar de lado, ya que se priorizan otras necesidades puntuales que se presentan en los territorios. En consecuencia, la implementación del Programa debe ir acompañado de una verticalidad donde los centros deben dar cuenta de cuántos pacientes migrantes atienden, entre otros datos.

Por otro lado, se indican problemas a presupuestarios, ya que se agregaron comunas al proceso de implementación del Programa, pero con el mismo presupuesto basal. A su vez, evalúan que cada vez se hace necesario implementar el programa en más comunas, por lo que tendrían que continuar aumentando el número de comunas involucradas, pero con el mismo presupuesto. La reducción de presupuesto para las comunas afecta, por ejemplo, la contratación de facilitadores/as, a quienes deben reducirles las horas.

### **Comunas con implementación del programa del SSMOCC: los casos de Quinta Normal y Melipilla**

**Descripción general:** Desde las comunas abordadas por el estudio en las cuales se implementa el Programa, éste es descrito como un apoyo a las necesidades en salud de la población migrante que habita en esas comunas. Se entiende que el programa permite establecer lineamientos y responsabilidades para los centros de salud de manera de reducir las desigualdades e irregularidades que se generan en la atención, principalmente dado el desconocimiento de los derechos en salud de la población migrante. Se sostiene que el Programa ha instalado tres importantes líneas de trabajo: (i) ha entregado recursos para facilitar la entrega de prestaciones en salud. (ii) potenciar el eje comunitario, el cual busca aumentar la participación de la población migrante en los comités locales de salud. (iii) promoción y prevención mediante la educación y difusión. Así, se han contratado facilitadores interculturales, se ha logrado difundir información sobre derechos, deberes y acceso a la salud y se ha trabajado en la realización de diagnósticos participativos. Destacan el desarrollo de capacitaciones dirigidas tanto a la población migrante como a los profesionales de la salud.

**Fortalezas del Programa:** ha visibilizado las necesidades y la realidad de la población migrante en las comunas, lo que ha facilitado el abordaje de sus necesidades. Asimismo, evalúan positivamente la incorporación de facilitadoras en tanto han mejorado la calidad de la atención a la población migrante. Un último aspecto que destacan del Programa, es que ha permitido articular y coordinar un trabajo intersector para la realización de actividades para la población migrante.

**Debilidades del Programa:** la falta de presupuesto limita la implementación del programa, en tanto deben disminuir personal o sus horas de trabajo. Si bien el Programa cuenta con buenas herramientas, bajo la perspectiva de los profesionales, señalan que no pueden llevarlo a la práctica y cumplir con todos los objetivos ya que el personal no cuenta con el tiempo para aquello. En esta línea, plantean que se requieren de tiempos y horarios protegidos, con los cuales no siempre cuentan para poder trabajar en el programa. Por lo demás, se observa que las facilitadoras se concentran en los centros de atención primaria de mayor tamaño.

#### **Comunas sin implementación del programa del SSMOCC: los casos de Lo Prado y Curacaví**

**Descripción general:** han trabajado en la realización de diagnósticos locales de salud de las personas migrantes, para elaborar un plan de trabajo con ellos. A su vez, van actualizando planillas de catastro de población migrante cada cierto tiempo, de manera de que en los centros de salud estén al tanto de la cantidad de personas migrantes que tienen.

**Debilidades en torno al trabajo con migrantes:** la sobrecarga de los referentes, quienes no cuentan con horas protegidas para llevar a cabo su trabajo en torno a la migración y quienes, además, se encuentran encargados de liderar varios programas a la vez. A su vez, la falta de presupuesto para la realización de actividades obstaculiza el trabajo con la población migrante.

#### **Motivaciones y gatillantes de la implementación del Programa en comunas del SSMOCC, y motivadores o gatillantes en comunas que no lo tienen**

##### **Gatillantes de implementación del Programa**

**Criterios para decidir comunas:** algunos criterios que fueron considerados al momento de escoger las comunas en las cuales implementar el programa fueron el alto número de población migrante que habita allí, por lo mismo, son comunas que venían realizando acciones y trabajos en relación a la atención a migrantes previo a la creación del Programa. Por otro lado, reconocen que en las comunas se generan características y necesidades de la población migrante que deben ser atendidas en consideración de sus particularidades. En este sentido, se percibe la necesidad de que la atención tenga pertinencia cultural, donde se respeten las distintas creencias y prácticas culturales, así como las diversas formas de crianza. Se resalta la importancia del Programa en tanto perciben que su aplicación y ejecución en una comuna genera un impacto en otras comunas, motivando el desarrollo e interés en la atención de las necesidades de la población migrante y de las diversas etnias que habitan el territorio.

**Acciones o acontecimientos previos a la implementación del programa:** en las comunas donde se implementó el Programa -Quinta Normal y Melipilla-, se venían desarrollando acciones y trabajos relacionados con la diversidad cultural del territorio y las necesidades que surgían desde las particularidades de los individuos o grupos. Un aspecto que se resalta de ese trabajo es que permitió a los profesionales realizar contactos con diversos actores abocados a la temática migrante al desarrollar actividades en conjunto para la comuna. En consecuencia, conectaron con Extranjería, quienes entregaban el Sello Migrante a las municipalidades que realizaran medidas para la inclusión de la población migrante. Así, se llevaron a cabo capacitaciones a funcionarios en conjunto con la Oficina de Migrantes del Municipio. Este valioso trabajo, que permitió una amplia coordinación en red entre comunas y con extranjería, con el tiempo se desarticuló y dejó de funcionar. Además de la implementación de las acciones descritas, en la comuna de **Quinta Normal** comenzaron actividades por iniciativa propia de diversos actores sociales. Detectaron que había una importante falta de información sobre la población migrante de la comuna, por lo que empezaron ferias de servicio y crearon material de difusión respecto a la normativa migrante y a la atención en salud a la cual tienen derecho. En conjunto con las capacitaciones que realizaban a funcionarios, también desarrollaron procesos de sensibilización dado el desconocimiento que existía en el centro de atención en torno a la temática migratoria, lo que generaba problemas en la calidad de la atención y a su vez, barreras para la atención. Por su lado, en **Melipilla** la organización Caritas fue la principal institución que realizaba acciones y trabajos de vinculación con la población migrante previo a la implementación del Programa. Dentro de las acciones que desarrollaban se encuentra la entrega de comida y

vincular a la población migrante con otras organizaciones como el INCAMI, quienes asesoran a las personas para regular su situación migratoria. Así, iban atendiendo según sus capacidades, las necesidades que presentaba la población migrante. Una acción relevante que se ejecutó desde Caritas fue la creación de la Mesa Migrante de Melipilla (MEMIM), la cual comenzó trabajando con la población migrante en conjunto con instituciones como la Iglesia, Policía de Investigaciones, Departamento de Extranjería y Migración (DEM), Carabineros, Impuestos Internos, Dirección del Trabajo, funcionarios del Hospital, entre otros. En aquella mesa se conversaba cómo, de manera articulada entre las distintas instituciones, se podían tratar las problemáticas que se presentaban en la población migrante. Esta mesa tuvo un buen funcionamiento hasta antes de la pandemia, luego de la pandemia comenzó a desarticularse. Otros aspectos que destacan los entrevistados sobre la MEMIM y la articulación local que lograron, es la formación y sensibilización que se entregaba a los funcionarios. Se comenta sobre el trabajo que hacía un abogado del DEM de capacitar a sus funcionarios, como también a funcionarios del área de la salud. Los entrevistados identifican que las primeras consultas que realizan los migrantes es en los centros de salud, por lo que aquellas capacitaciones eran relevantes al formar a los funcionarios y referentes respecto a qué información entregar y a dónde derivar a las personas. Además de las acciones mencionadas, la MEMIM ayudaba a la población migrante a conseguir trabajo, mediante la creación de una bolsa de trabajo donde distintas empresas hacían ofertas.

**Condiciones de vida de la población migrante:** Sectores urbanos: Las condiciones de vida de los migrantes dentro de las comunas, también constituyó un factor relevante para la implementación del Programa. Sobre las condiciones de la población migrante en sectores urbanos de **Quinta Normal**, los entrevistados describen que en general, la comuna tiene una población muy envejecida, donde ha ido llegando una gran cantidad de población migrante. Observan que se han asentado varios campamentos y tomas de familias migrantes, quienes viven en condiciones precarias y de hacinamiento. Los entrevistados señalan que estas condiciones de vida, complejizan el trabajo de los profesionales de la salud, en tanto las personas no pueden cumplir ciertas recomendaciones de cuidado, por ejemplo, el distanciamiento o cuarentena por la pandemia de COVID-19. A su vez, identifican una serie de elementos que consideran actúan como barreras para la incorporación de la población migrante. Uno de los principales problemas que plantean, es la dificultad para conseguir visa definitiva. Comentan que, cuando las personas quedan sin RUT enfrentan mayores problemas para conseguir trabajo y acceder a servicios básicos, como los bancos. Otra dificultad importante es el idioma en el caso de migrantes que no hablan español, en quienes incrementan los problemas para acceder a los servicios de salud dado que no logran acceder a información sobre estos. Los entrevistados también entregan observaciones diferenciadas sobre las condiciones de vida de los migrantes según su nacionalidad. Respecto a la población haitiana, reconocen que tienen altos niveles de vulnerabilidad y que, en comparación con otras poblaciones migrantes, son quienes se encuentran más vulnerables. Señalan que viven en graves condiciones de hacinamiento y con un elevado riesgo social. En esta población, indican que la barrera idiomática es importante, donde además se produce una diferencia de género: las mujeres haitianas no aprenden español, ya que son los hombres quienes hablan y se comunican con los actores de cualquier institución con la que deban relacionarse. Esto se ve empeorado en el caso de migrantes que recién ingresan a Chile y llegan a urgencias y no pueden comunicarse, ya que no tienen quién les traduzca. Sobre la población venezolana, la caracterizan como una de las migraciones con mayor presencia, en particular de población joven. Observan que llegan con diversos problemas sociales, a lo cual se suman consecuencias derivadas de ingresos traumáticos al país por pasos no habilitados por el desierto. Estos son de carácter tanto físico, como por ejemplo amputaciones, hasta problemas de salud mental. En situaciones graves, como la que relata una entrevistada sobre una familia que cruzó el desierto y algunos miembros sufrieron amputaciones, los profesionales de la salud debieron ayudarlos a asentarse y conseguir alojamiento. Así, se observa el importante rol que cumplen quienes trabajan en los centros de salud, atendiendo necesidades que van más allá de las relacionadas con su labor de profesionales de la salud.

En **Melipilla**, los entrevistados describen situaciones de vivienda similares a las descritas en Quinta Normal. En particular, acusan situaciones irregulares de vivienda, donde los arrendatarios construyen piezas pequeñas y con materiales ligeros para alojar a varias personas, a quienes les cobran individualmente precios que no corresponden con la calidad de vivienda que se les ofrece. Así, se denuncian situaciones de abuso y discriminación hacia la población migrante, en un contexto donde no existe regulación y control por parte de las autoridades. A su vez, señalan que no hay disponibilidad de arriendo en la comuna, lo cual complejiza aún más la habitabilidad. Se suman las condiciones inestables de trabajo, ya que gran parte de la población migrante trabaja como temporero, por lo que los pagos son al día.

En el caso de **comunidades que no tienen el Programa**, como **Lo Prado**, se identifican los mismos problemas de condiciones de vida que en las comunas anteriores. Comentan que hubo una “explosión de pacientes extranjeros”, lo que ha ido cambiando el “perfil” de paciente extranjero de la comuna que compartía ciertas características ya que correspondían principalmente a población peruana. Esta población la caracterizan como menor en número en relación a las nuevas poblaciones que han ido llegando -como la haitiana y venezolana- y también como una migración estable, es decir, mantienen su residencia en una comuna a lo largo del tiempo. Igualmente, especifican que, a diferencia de las migraciones haitianas y venezolanas que suelen ser de personas jóvenes, en la migración peruana llegó bastante adulto mayor en condiciones muy precarias. Esto se diferencia de los adultos mayores que han llegado con la población venezolana, quienes en general cuentan con mejores condiciones de vida al ser una población donde hay más profesionales. En torno al aumento de población haitiana y venezolana, los entrevistados señalan una importante prevalencia de problemas de salud mental, lo que requiere que los profesionales de la salud dediquen tiempo a conversar con los pacientes y conocer qué les sucede. Se comenta que en varias ocasiones la población migrante se comporta de manera agresiva con los funcionarios y profesionales de la salud por miedo. En particular sobre la población haitiana, observan que las principales dificultades a las cuales se han enfrentado en la atención son la barrera idiomática y las prácticas “machistas” de dicha población. Se vuelve a comentar que la mujer haitiana no habla español, lo que actúa como una importante barrera y, además, han presenciado situaciones de violencia de género en parejas haitianas. A su vez, al igual que en las comunas de Quinta Normal y Melipilla, indican que la población haitiana vive en condiciones de hacinamiento, donde han presenciado una gran vulnerabilidad en particular de mujeres embarazadas; se encontraban durmiendo en el suelo, con déficit de ropa y alimentos. Frente a esto, los profesionales de los centros de salud trataron de suplir las necesidades de las mujeres. Comentan que uno de los principales problemas es el tipo de trabajo que realizan, al ser un trabajo informal y sin contrato. Por lo mismo, es una población que tiende a desplazarse y cambiar su residencia dentro de la misma comuna o entre comunas, lo que trae como consecuencia una pérdida de contacto y de seguimiento de los pacientes. De igual forma, dan cuenta que la población venezolana, al ser más reciente, también presenta un alto desplazamiento entre comunas e incluso, suelen volver a su país. Una de las principales características que mencionan sobre esta población, y que afecta enormemente sus condiciones de vida, es el hecho de que llegan indocumentados y sin información sobre antecedentes médicos, sobre todo señalan esquemas de vacunación incompletos. Debido a que es una gran cantidad de personas sin documentos regularizados, sin aquellos no pueden acceder a beneficios de las municipalidades ni atender necesidades básicas fuera de las de salud, por lo que quedan en una situación de mayor vulnerabilidad.

Sectores rurales: En los sectores rurales de las comunas, las características sobre las condiciones de vida descritas por los entrevistados son las mismas que en los sectores urbanos. Destacan las malas condiciones de habitabilidad y la percepción de que existe abuso por parte de los arrendatarios y explotación desde los empleadores que llevan a migrantes a trabajar como temporeros sin contrato de trabajo. Por otro lado, se describe que gran parte de la población migrante de las zonas rurales de Melipilla, son de nacionalidad boliviana quechua. Debido a que la mayoría no habla español, se producen dificultades en torno a la comunicación tanto en los centros asistenciales como en el ámbito laboral. Identifican que se producen situaciones de abuso hacia esta población, lo cual es calificado por un entrevistado como trata de personas. Se comenta que llevan población quechua que habla poco español a trabajar por temporadas, en condiciones precarias de vivienda, en un contexto de ilegalidad. Esto también produjo dificultades en torno a los protocolos de cuidado por COVID-19 y de trazabilidad, ya que las personas contagiadas no hacían cuarentena, al tener que trabajar por pagos al día. A lo anterior, se suma la alta movilidad de esta población migrante rural, lo que aumenta la inasistencia a los controles de salud por parte de este grupo y dificulta el seguimiento de los pacientes. En los sectores rurales de las comunas sin el programa, como Curacaví, se repiten las características y condiciones generales de vida de la población migrante que se han ido señalando. Los entrevistados coinciden en que hay una mayor presencia de población haitiana, luego venezolana y en menor cantidad, población peruana. También trabajan principalmente como temporeros y en condiciones precarias de vivienda. Sin embargo, los entrevistados relatan que la atención a personas extranjeras ha ido disminuyendo debido a que se han ido del sector los migrantes que comenzaron a tener un mejor manejo del español, en búsqueda de mejores condiciones de vida. Igualmente, una gran cantidad de migrantes haitianos dejaron el país en los llamados vuelos humanitarios dado que se encontraban sin trabajo. Observan que, los que quedaron, continuaron trabajando en el campo: quienes cuidan parcelas o terrenos tienen casas donde vivir, mientras otros se encontraban en situaciones más precarias de vivienda como, por ejemplo, viviendo en galpones en situación de hacinamiento.

**Necesidades en salud de la población migrante:** En las comunas con Programa identifican principalmente cuatro grandes necesidades: (a) todo lo relacionado a temas materno-infantil, (b) necesidades de salud mental, (c) difusión de información sobre acceso a salud y sobre cambios en los funcionamientos de los centros de atención y, (d) salud sexual y reproductiva. Este último punto aborda las necesidades de los migrantes en cuanto al uso de anticonceptivos, controles de regulación de fecundidad y educación sobre salud sexual y reproductiva. De manera general, los profesionales destacan ciertas diferencias de género respecto a las necesidades en salud de la población migrante. Por un lado, coinciden en que la población femenina es la que más consulta por los embarazos, mientras que la población masculina escasamente consulta, a menos que esté en una situación de salud grave. Necesidades de las mujeres embarazadas: señalan algunas dificultades que enfrentan con esta población. En primera instancia, comentan que varias mujeres ingresan en situación irregular, por lo que llegan tardíamente a los controles de embarazo. Acorde a los profesionales, esto implica diversas complicaciones, ya que varias pacientes llegan con importantes problemas de salud, como diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia o presentan problemas de peso. Sumado a lo anterior, relatan que suelen tener casos de mujeres embarazadas con sífilis o, en el caso de mujeres de nacionalidad boliviana, con la enfermedad de Chagas. En todos estos casos, el ingreso tardío a los controles agrava la condición de salud de las pacientes. Los profesionales también identifican necesidades particulares según la nacionalidad de los pacientes. En específico se concentran en la población peruana, haitiana y venezolana. Sobre la primera, observan que las necesidades de la población peruana han ido variando a través del tiempo, sin embargo, son caracterizados como una población muy vulnerable. Agregan que son demandantes respecto a la atención en salud, lo que contrasta con la población haitiana, quienes asisten menos a los centros de salud. En torno a la población haitiana, los profesionales indican que el mayor desafío para los centros de salud radica en la diferencia idiomática y en las complicaciones que han tenido con las mujeres embarazadas debido a los ingresos tardíos. Para abordar aquello, los equipos se han apoyado en la figura de los/as facilitadores/as. La población venezolana, es caracterizada por los entrevistados como un grupo con un perfil distinto a los otros, ya que han ingresado al país personas con mayor preparación o nivel educacional. En esta línea, son pacientes que conocen sus derechos y los exigen, por lo que son descritos como demandantes en el sentido de que, si saben de una prestación y no se encuentra disponible, reclaman por aquello. De esta forma, señalan que son una población participativa, donde ejemplifican con el grupo de adultos mayores, quienes se han integrado en los grupos de autoayuda. En consecuencia, evalúan que se han ido incorporando de manera satisfactoria al sistema. Sobre sus necesidades de salud específicas, identifican que asisten a los centros de salud principalmente por exámenes de control ginecológico como el Papanicolau. Al respecto, se generan tensiones con el personal de salud chileno debido a una diferencia entre el sistema de salud venezolano y el chileno. En Venezuela, debido a que el cáncer cervicouterino es más común, los controles se realizan anualmente, a diferencia de Chile, donde los controles se ejecutan cada tres años.

En las **comunas donde no se ha implementado el programa, Lo Prado** y Curacaví, identifican necesidades en salud similares a las de las comunas donde sí se implementa el programa. Así, en **Lo Prado** mencionan nuevamente los controles de embarazo, controles de niños, agregan exámenes por COVID y observan también diferencias según género. Precisan que la población adulta varón es la que menos consulta y que adultos mayores apenas asisten, ya que gran parte de la población migrante es haitiana, colombiana y venezolana está compuesta en su mayoría de personas jóvenes. Por nacionalidad, los entrevistados nuevamente perciben diferencias en la atención en salud. Sobre la población haitiana, comentan que no se realizan exámenes a menos que estén gravemente enfermos. En consecuencia, las mujeres embarazadas representaron un especial desafío porque no tenían el hábito de realizarse controles, por lo que se les debió enseñar que deben asistir a control una vez al mes. Estas dificultades no se presentaron con la población colombiana y venezolana, quienes llegan con un mayor conocimiento de su salud sexual y reproductiva, por lo que se mantienen al día en sus controles médicos. En particular sobre la población venezolana, los profesionales vuelven a destacar la demanda que realizan por sus exámenes, siendo las matronas y medicina general las áreas a las que mayormente asisten. Así, al igual que en las otras comunas, se han enfrentado también a roces con la población femenina ante la exigencia anual del PAP, cuando en Chile se realiza cada tres años. Observan un claro contraste entre las demandas de la población joven, que se concentran en métodos anticonceptivos y temas de embarazo, con la población adulta, quienes consultan más por enfermedades cardiovasculares. Otras necesidades en salud que describen sobre esta población tienen que ver con las graves condiciones de vulnerabilidad en las que ingresan al país. Indican que las personas llegan bajo peso y con problemas nutricionales, y los niños presentan esquemas incompletos de vacunación. Las mujeres suelen asistir más a los

centros de salud, en particular para buscar atención para sus hijos, especialmente en invierno por los resfríos. Por el contrario, los hombres sólo asisten cuando tienen un problema grave de salud. En Curacaví, destacan como una de las principales necesidades en salud, o como un aspecto problemático, la desinformación de la población migrante sobre cómo acceder a salud, cómo empezar a atenderse y dónde están ubicados los centros de atención. También la población migrante se acerca principalmente para atenderse con matronas por embarazo, para regulación de fecundidad, atenciones prenatales, atenciones del ciclo femenino, uso del programa de la mujer. Respecto a los adultos, debido a su trabajo como temporeros y el hecho de que no les conviene recibir licencias, resaltan que asisten más seguido a urgencias para atender sus dolencias o problemas de salud. A su vez, los profesionales mencionan problemas de salud mental en relación a pacientes psiquiátricos para los cuales no han tenido las herramientas para tratarlos, en particular por problemas de diferencias de idioma.

## **Procesos de implementación del Programa y grado de logro de objetivos**

### Proceso de Implementación del Programa

**Pandemia como barrera:** la pandemia ha actuado como una gran barrera para la implementación del Programa en tanto gran parte de los recursos se destinaron para las vacunas, por lo que prácticamente todo el trabajo del programa quedó detenido durante el 2020. Esto afectó uno de los principales focos del programa, que es el trabajo comunitario. No obstante, se precisa que se continuó trabajando en la gestión de los casos sociales, los cuales son todos aquellos que tienen dificultades en la inscripción, que no se les da registro de nacimiento en el hospital, cuando hay vulneración de derechos y cuando llegan casos por el juzgado de familia. El trabajo con los casos sociales se mantuvo durante la pandemia gracias a una articulación entre todas las comunas. En particular, en **Quinta Normal** el trabajo se vio afectado en el sentido de que se fueron desarticulando las redes de trabajo. Los profesionales comentan que se siguió trabajando acorde a los lineamientos del Programa, no obstante, en desarticulación con la Seremi y el MINSAL. Esta falta de redes repercutió negativamente en la llegada de información a los centros de salud, por lo que se menciona un periodo de incertidumbre respecto al trabajo que debían realizar, lo cual se fue resolviendo de manera interna. Entre los trabajos que mantuvieron, se encuentra las capacitaciones a funcionarios, pero de manera acotada. Es decir, realizaron capacitaciones sobre menos temas, con menos horas y con menor cantidad de participantes. Comentan que, ante la llegada constante de nuevos funcionarios, deben estar permanentemente realizando nuevas capacitaciones. Describen una importante diferencia en torno a la realización de las capacitaciones, ya que previo a la pandemia hacían jornadas de capacitación, que duraban tres mañanas completas y con una asistencia de hasta 35 funcionarios. Esto les permitía tener al menos un 70% de funcionarios capacitados, lo cual ha bajado enormemente por el recambio de profesionales. Además, luego de la pandemia, las capacitaciones han sido mediante cursos virtuales y con pocos participantes. En **Melipilla**, los profesionales también evalúan que durante el 2020 no pudieron cumplir con los objetivos del programa debido a la reconversión de funciones, por lo que varios grupos de trabajo dejaron de funcionar. Debido al retraso que implicó la pandemia, comentan que la implementación del programa ha ido avanzando lentamente. A su vez, señalan las áreas de trabajo que deben ir recuperando, como la escuela de español que lleva dos años sin funcionar. A pesar de que gran parte del proceso de aplicación del Programa se vio detenido, los entrevistados comentan que un aspecto que mantuvieron durante la pandemia fue la contratación de facilitadoras.

**Otras barreras implementación:** Entre otras barreras que informan los entrevistados, se encuentra el hecho de que no existe claridad, desde el MINSAL, sobre protocolo de trabajo específico del referente de migración en las comunas del SSMOCC. En consecuencia, la visión sobre el trabajo del referente cambia por centro de atención y por lo mismo, el Programa se desarrolla de distintas maneras. En este sentido, se reconoce que las estrategias de trabajo no se encuentran unificadas desde el MINSAL. En cuanto al trabajo directo con la población migrante, indican como una importante dificultad el constante cambio de residencia o cambio de comuna de los migrantes, lo que dificulta el contacto con los pacientes y también su seguimiento. Sumado a lo anterior, se comenta que en ocasiones entregan números de teléfono o direcciones falsas. Respecto al funcionamiento de los centros de atención, varios profesionales expresan preocupación por el deficiente funcionamiento del CESFAM Andes de Quinta Normal, donde observan que un alto porcentaje de población tanto migrante como chilena, no accede a prestaciones mínimas. Estos casos son derivados a otros centros, sin embargo, los entrevistados señalan que los centros no dan abasto para hacerse cargo de los pacientes que este CESFAM deriva. Un aspecto sobre los funcionarios que los entrevistados califican como una barrera, es la resistencia de algunos a implementar prácticas de atención interculturales. Presentan actitudes xenofóbicas que se manifiestan, según un profesional, de manera cotidiana y “encubierta”.

Finalmente, otro elemento que ha impactado negativamente en el desarrollo de la implementación del Programa es la desarticulación del departamento de extranjería de la gobernación de Melipilla, ya que se perdió un espacio importante de asesoramiento a migrantes sobre aspectos legales que no manejan los profesionales de la salud y que solían derivar a ese lugar.

**Factores facilitadores para la implementación:** En cuanto a facilitadores para la implementación del programa, en **Quinta Normal** resaltan el apoyo de la Dirección de Salud para que los profesionales puedan destinar parte de su jornada a ver la aplicación del Programa. A su vez, destacan las capacitaciones y talleres informativos sobre el Programa, ya que mediante estos espacios han podido aprender y comprender los pasos para la implementación. También, nombran las capacitaciones del idioma kreyòl y de la cultura de la población haitiana, en particular para los profesionales que tenían una atención directa con la población. Otra capacitación que mencionan es el de crianza por el Chile Crece Contigo. El trabajo de los/as facilitadores/as es un aspecto destacado por los profesionales en tanto apoyaron en la generación material educativo traducido a otros idiomas, principalmente el kreyòl. Así, en los centros contaban con material traducido de Chile Crece Contigo para embarazadas, para la crianza de niños, sobre cáncer de mama, sobre cáncer cervicouterino, uso de preservativos, entre otros. Otro aspecto que relevan del rol de los/as facilitadores/as, es el aporte que hacen a que los centros de salud sean un espacio más cercano a los usuarios, donde se sientan contenidos. A su vez, su aproximación a los pacientes permite a los profesionales identificar otros requerimientos de salud de la población migrante como, por ejemplo, de salud mental. De esta forma, mediante el trabajo de el/la facilitador/a, los profesionales sienten que se aproximan a una atención más integral. Entre otros facilitadores, comentan sobre las reuniones que se realizaban con el SSMOCC, donde se daba una instancia de trabajo articulado puesto que iban exponiendo las realidades de cada comuna y se daba a conocer cómo iban implementando el Programa. De estas instancias, se rescataban ideas y experiencias para ir mejorando y modificando la implementación del Programa en cada comuna. A su vez, destacan el hecho de que el referente a nivel del SSMOCC se haya mantenido durante el tiempo. En **Melipilla**, se destaca el apoyo del equipo multidisciplinario para la implementación del Programa, entre quienes se distribuyen tareas y se apoyan en distintos eventos. En este sentido, recalcan la importancia del trabajo en equipo para poder llevar a cabo el trabajo que requiere la implementación del Programa, para lo cual es igualmente necesario que los trabajadores cuenten con un horario protegido para trabajar. Por tanto, el apoyo de las jefaturas para modificar las agendas también es un aspecto valorado como un facilitador para cumplir con las actividades necesarias. También se plantea como un facilitador y una oportunidad de apoyo, los médicos EDF, ya que deben cumplir con cierto puntaje de trabajo comunitario, por lo que aprovechan esto como un apoyo para las actividades que realizan. Igualmente, mencionan el apoyo de médicos que cuentan con un enfoque comunitario. De esta forma, sacan provecho de estas voluntades para dar respuesta a los requerimientos que se van presentando. En palabras de médicos EDF, señalan que llegan con ganas de trabajar con la comunidad, además de que efectivamente les suma puntaje. Sin embargo, se reconoce que no todos los médicos tienen ese interés. En este sentido, también se identifica que influye la iniciativa y voluntad de los profesionales. Por último, comentan como un aspecto importante, el rol de las jefaturas en mantener una mirada general del funcionamiento del centro y de las actividades a realizar.

#### **Articulación sector salud a nivel interno**

**Organización trabajo:** En torno a la organización del trabajo del sector salud a nivel interno, los entrevistados enfatizan en que hay una importante diferencia entre el periodo prepandemia y postpandemia. Previo a la pandemia, consideran que el trabajo a nivel interno era más estructurado, ya que solicitaron a cada comuna designar a un referente para armar una red de trabajo. Con esto establecido, desarrollaban reuniones mensuales y se mantenía un trabajo intersectorial. Algunas de las actividades que realizaban para mantener activa la red de trabajo eran seminarios, donde invitaban como expositores a personas de Extranjería, el Ministerios, refugios, entre otros. En particular, en **Quinta Normal** los entrevistados evalúan que el trabajo de implementación del Programa se dio de manera articulada y coordinada entre todos los actores necesarios. Resaltan la importancia del trabajo en equipo ya que, entre los miembros de la red, se iban resolviendo dudas. Este intercambio resultaba muy provechoso, ya que todos los profesionales se preocupaban de mantenerse informados y actualizados en la información. A su vez, un aspecto que mantenía el trabajo ordenado y articulado es que toda actividad o acción que se fuera a implementar en un centro, debía ser consultado primero con el referente. En **Melipilla**, tuvieron como prioridad consolidar la coordinación interna en salud, para lo cual se reunieron entre los referentes de cada centro de salud para mejorar la atención primaria a migrantes de manera interna. Igualmente, para continuar una lógica de trabajo territorial, desde

los centros de atención decidieron esperar a que el Programa de Participación se revinculara con los territorios, para luego comenzar con el PRAPS en los territorios en coordinación con ese Programa, ya que desde ahí podían vincularse con las organizaciones de base, con las juntas de vecinos. Durante el 2020, comenzaron a unificar la línea de trabajo entre promoción, participación, migrantes, el área comunicacional, entre otros, de manera de generar una planificación anual conjunta, para así lograr que las actividades realizadas dieran cumplimiento a los objetivos de las distintas áreas. Una vez conformado este equipo a nivel macro, de coordinación entre los equipos, lograron distribuir mejor el trabajo según los horarios protegidos de cada profesional.

**Integración del rol de facilitador intercultural:** Durante el proceso de implementación del Programa, también se produjo un proceso para integrar a los facilitadores. En **Quinta Normal**, comentan que una vez que se implementó el Programa y contaron con mayores recursos, una de las primeras acciones que realizaron fue contratar a un facilitador, lo cual estiman que ha sido un apoyo esencial. No obstante, se relata el proceso de integración de las facilitadoras como uno de aprendizaje, donde ellas iban aprendiendo sobre sus funciones durante la marcha y también se iba aprendiendo a trabajar en equipo con ellas, ya que la incorporación fue repentina y no paulatina. En particular, se menciona procesos de aprendizaje en torno a la importancia de guardar la confidencialidad de la información que manejan de los pacientes. En este sentido, dan cuenta que al momento en que llegaron las facilitadoras al centro, faltó un proceso de inducción, por lo que las facilitadoras tampoco entendían bien en qué consistía su rol y el “perfil ideal” que se esperaba de ellas. Sucedió en algunos casos, que algunos facilitadores comprendieron el trabajo como sólo dirigido a traducir, no obstante, para el resto del personal, este trabajo implicaba otras acciones, como facilitar la atención a cualquier paciente, no sólo los de nacionalidad haitiana.

En el caso de **Melipilla**, en un inicio también se produjeron problemas con el proceso de inserción de las facilitadoras, respecto a la poca claridad sobre el rol del cargo y el desconocimiento sobre los protocolos a seguir acorde al sistema de salud chileno. Tampoco existía una planilla unificada de registro de actividades, lo que dificultaba el conocimiento del trabajo requerido. Un aspecto que consideran se debiese incorporar, es añadir personas que trabajen como facilitadores y traduzcan en el área administrativa, atendiendo en ventanilla.

**Rol referente:** se establece, al igual que en el rol del facilitador, que deben ser personas empáticas, sociables y con un enfoque comunitario. El trabajo que deben hacer es definido principalmente como de gestión y de crear redes, saber a qué personas contactar dependiendo de las necesidades que se van presentando en el centro de atención. Los profesionales indican que es relevante que puedan tener la capacidad de gestión para articularse con su intersector y conocer el territorio. En **Quinta Normal**, evalúan que la presencia de un referente por centro facilita la comunicación con los equipos entre los distintos centros para la planificación de las actividades. A su vez, los referentes cumplen el rol de llevar información a los centros. Al igual que con el rol de los facilitadores, el rol de los referentes no estaba bien definido en un comienzo, lo cual complejizó inicialmente las labores que debían que cumplir además de su rol como referente. Para esto, consideran que sería mejor disponer de un horario protegido. Como observación, los entrevistados agregan que los referentes requieren mayor cercanía con los usuarios, para que sientan la confianza de acercarse a ellos y preguntarles por información, no obstante, en la práctica, la distribución de carga laboral y horaria, además de la infraestructura, no lo permite.

**Acciones realizadas para la implementación del Programa:** Entre las acciones realizadas para la implementación del Programa, en **Quinta Normal** se encuentra la realización de talleres de español para la incorporación de migrantes que hablan otros idiomas, con un foco particular en la población haitiana femenina, dado que presentaban un menor manejo del español. A su vez, realizaron talleres para embarazadas y de lactancia materna por zoom. Previo a la pandemia, celebraban en el centro el día del migrante y se hacían actividades como la realización de murales y bailes nacionales de las distintas comunidades. En los centros de atención llevaron a cabo la implementación de señaléticas o letreros traducidos tanto al mapudungún como al kreyòl, los cuales respondían a un proyecto de buenas prácticas enmarcados en el Programa para migrantes y el PESPI, de manera que las personas supieran a dónde dirigirse cuando llegaran a los centros en búsqueda de atención. Otra acción que implementaron es un diario mural que se va actualizando a medida que se van programando actividades para los migrantes, como también se expone información importante para ellos, como sus derechos y los cambios en los decretos. De esta forma, aportaban a mantener actualizada a la población que atendía el centro respecto a los derechos que tienen en salud y sobre sus derechos en general como migrantes. Otras acciones han ido dirigidas a la realización de trabajo comunitario, donde los profesionales han tratado de estar presente en los distintos territorios, conversar con las juntas de vecinos y a su vez, han tratado de incorporar a una persona en cada localidad para que cumpliera un rol de representante.

Idealmente trataban de incorporar a alguien de otra nacionalidad a la chilena para ir fomentando la incorporación de los migrantes. Dentro de las actividades territoriales, se encuentran las ferias, donde le explican a los migrantes, a través de una facilitadora, cómo funciona el sistema de salud en Chile. Una acción específica que crearon para cuando inscriben a un migrante en el centro de salud, es entregarles un folleto que cuenta con toda la información sobre cómo se piden las horas y cómo funcionan las atenciones. Este folleto lo tradujeron para que los pacientes que no hablen español puedan comprenderlo, por lo que se utilizó esta estrategia en particular con la población haitiana. En **Melipilla**, también se realizaron capacitaciones para abordar los desafíos que tienen los equipos que trabajan con la población migrante. En particular se preocuparon por formarse y manejar información para guiar a la población migrante, debido a la eliminación del Departamento de Extranjería de la Gobernación Provincial de Melipilla. Al igual que en Quinta Normal, generaron folletos traducidos a distintos idiomas, entre los cuales se encuentra el kreyòl y el quechua se encontraba en proceso al momento de la entrevista. Por último, se han realizado cápsulas audiovisuales para informar a la población, sin embargo, cabe resaltar que estas acciones han sido autogestionadas y no financiadas por el Programa.

### **Trabajo con población migrante en comunas sin Programa**

**Motivaciones:** **Lo Prado**, los entrevistados comentan que debido a lo que sucedió con Joane Florvil, se iniciaron planes de formación y de educación sobre migración en la municipalidad, por lo que hoy en día cuentan con un departamento de migración. A su vez, incorporaron facilitadoras dado el aumento de usuarias haitianas embarazadas y la dificultad que tenía el personal para comunicarse con ellas. En consecuencia, los funcionarios y profesionales elevaron la solicitud a sus jefaturas de que se incorporara una facilitadora. Una entrevistada comenta que contrataron como facilitadora a una señora que acompañaba a las mujeres haitianas y traducía por ellas por voluntad propia. En Curacaví, comentan que estaban complicados por el masivo aumento de pacientes migrantes, respecto a quienes no sabían qué procedimientos debían realizar. Por ejemplo, no sabían cómo ingresarlos a RAYEN para poder atender a los pacientes. Debido a las dudas y el desconocimiento sobre cómo proceder, consultaron a FONASA cómo realizar los trámites. De esta forma, iban buscando soluciones a medida que surgían las necesidades. Entre las actividades desarrolladas por las comunas sin Programa, se encuentran capacitaciones, formación de facilitadoras y de referentes. A diferencia de las comunas donde sí está implementado el Programa, en estas comunas lo que observa la autoridad entrevistada, es que no se producía una respuesta activa por parte de la comuna, por ejemplo, no había respuesta cuando se ofrecía material para el desarrollo de actividades con población migrante. En particular en **Lo Prado**, se generó una coordinación comunal en donde se asistían a reuniones con la referente, quien les entregaba información que luego bajaban y socializaban en la comuna. Sin embargo, estos esfuerzos de organización y coordinación comunal se vieron afectados por la pandemia, trabajo que se ha ido recuperando lentamente, dentro las cuales no se incluye aún la realización de nuevas reuniones con el SSMOCC sobre migrantes. Otra acción que realizaban y realizan con periodicidad es generar una planilla con la información sobre cuánta gente se encuentra con RUT provisorio y cuánta gente se encuentra regularizada al pasar un año. De esta manera, pueden saber cómo apoyar a regularizar y tratar de ubicar a las personas que no estén aún regularizadas, con el fin de ayudarlos a obtener todos los beneficios a los que podrían acceder. Asimismo, han tenido reuniones con los encargados del Ministerio de Desarrollo Social, para ayudar a los migrantes a postular a los bonos en los casos que no tienen el RUT definitivo. Respecto a las actividades y capacitaciones, una entrevistada precisa que como funcionarios deben esperar a que la referente comunal o la directora del centro les indiquen cuándo y a cuáles pueden ir. Desde el servicio les hacían capacitaciones a los funcionarios sobre diferentes temáticas, tales como una historización del aumento de migrantes en salud, la caracterización de morbilidad de cada uno de los países, las demandas que esto exige al sistema de salud en el nivel tanto primario, secundario y terciario en función de las patologías, y también se trabaja el tema de trata de personas. Extranjería también hace capacitaciones cuando se hacen actualizaciones a las normas. Dentro de las capacitaciones, ante el aumento de la población haitiana, se han facilitado cursos de kreyòl, que no son obligatorios. A su vez, desde el Ministerio han llegado cartillas en kreyòl. En un inicio, las cartillas o trípticos informativos comenzaron por iniciativa propia de los funcionarios ante la necesidad de poder comunicarse con los pacientes que no manejaban el español. Luego, el ministerio comenzó a traducir lo que ellas ya entregaban. Sobre actividades de promoción, lo único que indican que se hacía hasta antes de la pandemia, es que se dedicaba una semana completa a trabajo de promoción donde tenían, por ejemplo, un día del VIH, un día de la matrona, día del migrante, entre otros. En estas actividades, repartían folletos a las personas sobre la no-discriminación y la integración, enfocada en la población no migrante. Entre las matronas, comentan que

existía trabajo de coordinación comunal, a partir de la cual conformaron una red tanto del SSMOCC como comunal, desde donde realizaban reuniones en el CESFAM con las matronas para generar lineamientos de trabajo. Sin embargo, precisan que nunca realizaron reuniones para abordar específicamente problemas sobre la migración. No obstante, en su momento se reunieron para generar estrategias respecto a la población de mujeres haitianas embarazadas, ya que tuvieron que generar estrategias para que asistieran a los controles. Así, generaron una planilla con la información de todas las mujeres embarazadas y las llamaban cuando se encontraban cerca de la fecha de parto para explicarles los pasos a seguir sobre la inscripción y los controles de seguimiento. También en **Lo Prado** implementaron la figura de calificador de derechos, que describen como un cargo que les solicitaron implementar desde el SSMOCC en cada CESFAM, que implica que una persona tenga el rol de coordinar con FONASA para solicitar los NIP o el RUT provisorio, de manera que las personas puedan tener acceso a salud en el tramo A de FONASA. Evalúan que esto lo implementaron de manera fluida. Ante casos de violencia y vulneración de derechos en la población migrante, el SSMOCC generó un programa junto con un equipo de trabajo denominado BABEL. Este equipo era voluntario, donde se inscribían personas haitianas que manejaban bien el español y se ofrecían como intérpretes para situaciones puntuales y graves. Los entrevistados señalan la importancia de la intervención de estas intermediarias ya que los sistemas de Red de Protección son muy distintos entre Chile y países como Perú y Haití. En la actualidad este grupo ya no funciona. Antes de que tuvieran el apoyo de una facilitadora, lo que hacían en los centros fue autoformarse, por ejemplo, en kreyòl. Por tanto, entre algunas acciones realizadas, estuvo bajar aplicaciones para traducir a kreyòl y así poder hacer preguntas básicas a los pacientes para poder realizar los diagnósticos. Esto dependía fundamentalmente de la iniciativa de cada profesional. A su vez, mediante el traductor de voz de Google, podían traducir cosas a la población haitiana que era analfabeta. Mediante este mismo medio, los profesionales comenzaron a traducir folletería informativa al kreyòl, las guías educativas, pautas de alimentación, material educativo, horarios del CESFAM, documentos para inscribirse, etc. En los CESFAM también realizaron hartas acciones de ayuda social respecto a necesidades básicas de los migrantes, en particular en relación a lo que tiene que ver con Chile Crece Contigo y embarazadas. Cuando dan a luz, coordinan para que obtengan cosas básicas como camas. Esto requiere que los equipos se articulen para conseguir la ayuda social que requieren las personas. En Curacaví, las acciones o actividades que se realizaban son similares a las de **Lo Prado** y nacen desde necesidades y motivaciones individuales y colectivas de los profesionales. También ejecutaron actividades para el día del migrante, que conmemoraron durante una semana con actividades; donde entregaron infografías en Kreyòl y español sobre cómo inscribirse a Fonasa, las categorías de urgencia, entre otros elementos. Estas acciones se encontraban enmarcadas en motivaciones personales de los profesionales, ya que no son obligatorias. Desde el SSMOCC, les realizaron capacitaciones sobre derechos humanos y población migrante, como también algunos cursos introductorios al kreyòl. Estas capacitaciones fueron siempre voluntarias. Los entrevistados evalúan que las capacitaciones del idioma kreyòl no fueron muy útiles, ya que les cuesta aprender el idioma, en especial si no lo practican. Evalúan que no hubo aprendizaje de ese curso porque era muy distinto lo que aprendieron a cómo es la aplicación práctica, cotidiana del idioma. En los casos en los que no podían comunicarse, contactaban a personas haitianas que sabían que manejaban bien el español para que les tradujeran. Así, los llamaban y los ponían en altavoz para las atenciones. Esto no se mantuvo a lo largo del tiempo, ya que los haitianos que comenzaron a manejar bien el idioma español se fueron en búsqueda de otras oportunidades. Una última estrategia implementada, fue la creación de un grupo de WhatsApp con las personas migrantes, entonces, a medida que iban llegando, les consultaban si querían entrar en el grupo. La idea de este grupo era compartir información de manera más expedita con la población migrante.

**Actividades intersector:** en **Lo Prado**, trabajaron con el con la Oficina Municipal de Migración, donde enviaban a las personas que se encontraban en situación irregular. A su vez, participaron de cursos de kreyòl realizados por la municipalidad. También, desde los centros de salud invitaban a mujeres haitianas a clases de español que realizaba una institución del sector, es decir, desde el centro aportaban con la difusión de la actividad. En paralelo, la oficina de migración realizaba clases de español para migrantes en un colegio. Ahí derivaban a las personas, en particular a las mujeres embarazadas. Estas iniciativas se dejaron de hacer antes de la pandemia por falta de profesores. Entre otras instituciones, resaltan el apoyo de la iglesia Betesda que es evangélica. En **Curacaví**, las actividades intersector que se desarrollaron siguen la misma línea que las de **Lo Prado**. Se realizaban capacitaciones por parte de FONASA, ya que no todas las personas manejan los conocimientos sobre la calificación de derechos para la creación del RUT provisorio. Se tuvo que hacer una capacitación para que más personas en el hospital pudieran hacer el trámite y poder facilitar el acceso a migrantes. A partir de aquello, se dejó un protocolo de registros clínicos, sobre cómo se

debe ingresar a las personas, información que reconocen falta difundir, ya que no lo conocen todos los profesionales del centro, como las trabajadoras sociales. Por su lado, hay un trabajo articulado entre las asistentes sociales y la municipalidad para ayudar a personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. También derivan a migrantes a iniciativas de personas y organizaciones de la sociedad civil que realizan clases de español para los haitianos.

**Integración rol facilitadores interculturales:** en **Lo Prado**, mencionan que si bien tienen facilitadoras hace algunos años, señalan que tienen pocas horas de trabajo, ya que asisten dos días a la semana, medio día. Esas facilitadoras fueron incorporadas por el programa Chile Crece Contigo, para atender mejor a las mujeres embarazadas. Sin embargo, observan que hoy en día ha disminuido considerablemente el ingreso de población haitiana y la que se quedó en Chile o en la comuna, tiene un mejor conocimiento del español, por lo que las facilitadoras cada vez son menos necesarias. Durante la pandemia la facilitadora apoyaba en el ingreso al CESFAM, donde se fijaba en las personas que fueran haitianas para atenderles y guiarles. Debido a las pocas horas de trabajo de las facilitadoras, los equipos se coordinaban para citar a los pacientes haitianos en los horarios en que ellas estaban presentes. Algunos entrevistados dan cuenta de la necesidad de transformar el rol de la facilitadora hacia una administrativa o acompañante de los pacientes que los pueda guiar en su proceso de salud y de trámites legales, dado que cada vez reciben menos población haitiana y en los momentos en los que no están haciendo de facilitadora comienzan a llevar a cabo tareas más administrativas. En **Curacaví**, la referente del Servicio designó un facilitador según la necesidad de las comunas. Sin embargo, señalan que no es un recurso permanente, por lo que no se puede extender el apoyo de esta figura a actividades de promoción y prevención. Nuevamente se plantea la transformación del rol de la facilitadora hacia uno que cumpla mayores funciones de apoyo en los centros de salud. Sucede lo mismo que en **Lo Prado** ante la baja de migrantes haitianos, donde la facilitadora queda con menos funciones por la falta de pacientes.

**Barreras al trabajo con población migrante:** en **Lo Prado** mencionan la falta de un programa focalizado dentro de la comuna para trabajar con la población migrante. También, perciben que es necesario desarrollar un mayor trabajo de sensibilización hacia la población no migrante, ya que hay una mala recepción hacia la población migrante, lo cual se traduce en que no les ayudan a acceder a información importante para que se puedan asentar. Se detecta que hay poca empatía hacia la población migrante ya que, según los entrevistados, en la población chilena y en funcionarios, prevalece la idea de que a la población migrante les dan más beneficios que a la chilena. Otra barrera consiste en la falta de trabajo intersectorial, por lo que no han podido desarrollar contacto con dirigentes comunales de migrantes o de organizaciones de migrantes. A su vez, un aspecto que dificulta la generación de organización con la comunidad migrante es que gran parte llega a la comuna para trabajar y generar ingresos de manera expedita, por lo que se dificulta la tarea de congregarlos. En **Curacaví** mencionan la tardanza en la gestión de los recursos, por lo que cuando necesitaban un facilitador, estos llegaron cerca de fin de año, ya que el dinero para pagar se liberó tardíamente. También se reitera la falta de sensibilización por parte de los funcionarios, donde hay cierta reticencia a facilitar la incorporación y acceso a los migrantes. Junto a lo anterior, los funcionarios no demuestran interés ni proactividad en mantenerse informados sobre los problemas que enfrentan los migrantes que están en situación irregular y cómo ayudarlos con el proceso de conseguir un NIP para la inscripción en Fonasa. Se plantea como barrera que no exista un departamento de migrantes en la municipalidad y se evalúa que las capacitaciones que se realizan no son masivas, ya que la gente no se inscribe si no les indican que deben inscribirse. Sobre la asistencia a las capacitaciones, precisan que no les entregan facilidades a los profesionales y funcionarios para asistir, ya que no les dan horarios protegidos.

**Facilitadores para el trabajo con población migrante:** Entre los facilitadores, mencionan que el equipo incorpore una mirada de derechos y que exista disposición y trabajo en equipo dentro del centro. En este sentido, expresan que es fundamental la voluntad de los profesionales para involucrarse en los temas de la población migrante. Por lo general, detectan este interés principalmente de parte de enfermeros y matronas. Igualmente, destacan la importancia de que los equipos tengan flexibilidad para ir transformándose y reinventándose para incorporar nuevos conocimientos e ir dejando barreras generadas por la xenofobia. En **Curacaví**, mencionan que ha actuado como un facilitador el intérprete de Salud Responde, a quien recurren cuando no tienen a su propio facilitador, que indican es la mayoría del tiempo. También ha sido un facilitador el trabajo de la orientadora del hospital, figura que crearon para guiar a adultos mayores y migrantes en pedir hora y en el funcionamiento del centro de salud. La orientadora

realiza las gestiones que no puede realizar el resto del personal médico. Otro aporte al trabajo con migrantes, son las clases en español que se realizaban desde la sociedad civil a la población haitiana, las cuales fueron de gran ayuda ya que un porcentaje de haitianos comenzó a hablar español y luego les pedían a ellos que les tradujeran cuando llegaba alguien que no manejaba el idioma. Señalan que el hecho de que exista una oficina de FONASA en el hospital también es un facilitador importante en la atención a migrantes para resolver dudas sobre procesos de inscripción. Un último elemento que destacan es la importancia de mantener un buen trato con la población migrante, en particular en relación a la población haitiana.

### **Aprendizajes y desafíos pendientes en la implementación del Programa en comunas del SSMOCC**

**Aprendizajes:** se señala la experiencia de Salud Responde, donde cuentan con dos facilitadores interculturales, quienes resuelven dudas y apoyan en los centros de salud donde no pueden asignar dinero para contratar a un facilitador. En **Quinta Normal** comentan que la experiencia de contar con un referente por centro permite coordinar mejor la articulación entre los equipos ya que facilita la comunicación para trabajar con todos los centros. Se reflexiona sobre el aprendizaje que han tenido los profesionales en torno a la importancia de visibilizar a una población que no estaba siendo atendida adecuadamente. Comentan que ahora han aprendido a visibilizar y atender a las necesidades de la población migrante, lo cual se desarrolló con mayor fuerza debido al ingreso de la población haitiana. En esta línea, han aprendido a mejorar la comunicación y la entrega de la información, atendiendo siempre a las necesidades de la población. Igualmente, plantean que han podido reconocer que necesitaban otro tipo de apoyo y herramientas para la atención de la población extranjera. En **Melipilla**, mencionan que, para la realización de los diagnósticos participativos, donde es muy difícil juntar a la comunidad migrante, es muy importante entregarles una devolución, ya que prevalece un sentimiento de desconfianza en ellos, por lo que, si no hay devolución, sienten que se aprovechan de para sacarles información. Otro aprendizaje en torno a estas actividades es que se debe realizar un trabajo metódico y riguroso, en cuanto a que, si se realizan actividades, deben sacar fotos, tener una lista de asistencia, entre otros. En las comunas sin programa, como **Lo Prado**, hay un aprendizaje en torno a los derechos de la población migrante cuando están en proceso de conseguir los NIP, en el sentido de qué prestaciones de salud pueden entregar a la población migrante que no cuenta con RUT. La ley indica que se deben entregar prestaciones en situaciones de urgencia, pero manifiestan que existía poca claridad cuando no son situaciones de riesgo vital, pero que son relevantes; como embarazadas, niños o personas con diagnóstico cardiovascular. En este sentido, el aprendizaje también se encuentra en el trabajo del equipo de operacionalizar esta ley para poder efectivamente resguardar los derechos de las personas en la práctica.

### **DESAFÍOS**

**Perspectiva intercultural:** se plantean varios en torno a la falta de una perspectiva intercultural y la prevalencia de prácticas discriminatorias. Plantean como un desafío comenzar a reconocer que existe discriminación para poder abordarla. Expresan que falta trabajar la discriminación que prevalece en el área de maternidad en **Melipilla**. A su vez, consideran que falta mucho desarrollo para efectivamente aplicar una perspectiva intercultural, ya que no es suficiente el trabajo con las facilitadoras que hacen traducción lingüística y explican algunos elementos culturales, sino que hace falta generar espacios de intercambio cultural, donde se incluya la perspectiva intercultural en los programas y en las atenciones. Asimismo, falta ahondar en temas de salud mental, respecto a los procesos y duelos migratorios. Enfatizan en la necesidad de que deben comprender las diferencias culturales, para así respetar prácticas que para los distintos migrantes están bien, aunque para la cultura chilena no sea así. De esta forma, cualquier aspecto relacionado con la salud, las recomendaciones desde los profesionales deben realizarse con respeto, empatía y comprendiendo que provienen de prácticas culturales distintas. Dentro de los prejuicios que son necesarios de ir derribando mediante una mirada intercultural efectiva, se encuentran las diferencias que existen entre las diversas nacionalidades y Chile en torno a la forma de educar y criar a niños. En específico, se producen choques con la cultura haitiana. Se relatan estos choques culturales entre los profesionales de la salud y madres haitianas en cuanto al apego que tienen con sus hijos, cómo tratan a los niños, cómo los educan, lo cual en los centros de salud se estima en ocasiones como maltrato infantil, por lo que el primer impulso suele ser realizar una denuncia en vez de educar a las madres haitianas de que en Chile eso no se realiza. Un desafío para los profesionales es también aprender de ellos, recibir más capacitaciones sobre las distintas culturas con las que tratan y sobre cómo son sus sistemas de salud, para de esa manera hacer un trabajo en conjunto con la población migrante. Este conocimiento, también evitaría varias situaciones de prejuicio. Otro desafío es que la perspectiva intercultural y los esfuerzos se dirijan a toda la diversidad cultural del territorio, ya que observan que se ha centrado principalmente en

la población haitiana y no, por ejemplo, en la población quechua, con quienes también enfrentan problemas de comunicación. Entre otros desafíos que se mencionan, se encuentra la integración de la atención secundaria y hospitalaria al Programa. Sucede que, a nivel hospitalario, aún hay desconocimiento sobre el acceso a servicios cuando las personas tienen RUT provisorio. En este sentido, también identifican que es importante trabajar en torno a los servicios de urgencia, donde desconocen cómo proceder con las personas indocumentadas o que aún no han realizado su trámite del NIP. Consideran importante que más que un intérprete, en esas situaciones se requiere de un facilitador que oriente a los pacientes. Otro desafío es integrar a la población migrante a la participación en salud, que se incorporen en los consejos consultivos, en los equipos territoriales de los centros de salud. Igualmente es un desafío que se integren a los diagnósticos participativos que hacen los centros y, se presenta el desafío de que las personas que llevan mucho tiempo trabajando en los comités locales, acepten a la población migrante. En Melipilla identifican que falta trabajo comunitario y trabajo de sensibilización con la población y con instituciones como bomberos, carabineros, colegios, jardines infantiles, entre otros. El objetivo sería sensibilizar en torno a las condiciones de vulnerabilidad en la que viven los migrantes. También, incluyen dentro del trabajo comunitario el desafío de aprender otros idiomas, como kreyòl y quechua, y también aumentar el foco y sensibilización respecto a la población quechua, sobre quienes tienen poco conocimiento. En comunas sin programa, precisan en la necesidad de que se den a conocer bien las prestaciones que les ofrecen, más allá de las prestaciones a las que tienen derecho, ya que en ocasiones exigen servicios que no se ofrecen en los centros de atención. Otro desafío para las comunas sin programa es actualizar la información sobre la población migrante en la comuna y hacer un nuevo levantamiento sobre cuánta población migrante tienen, ya que perciben que mucha población ha emigrado, por lo que la realidad de la comuna se ha ido modificando bastante. A su vez, la actualización es necesaria para que conozcan las necesidades que tiene la población.

### **RECOMENDACIONES**

Mantener buenas prácticas con los usuarios; mantener comunicación con ellos, pedirles los contactos, invitarlos a participar de actividades, preguntarles si les interesa recibir información y hacer un seguimiento de los usuarios. Enfatizan en que es muy relevante ser cercanos con los pacientes, que los reciban con buena actitud. En este sentido, el rol de la facilitadora resulta fundamental para que el centro se perciba más cercano para los usuarios, ya que se sienten contenidos por ella. Consideran que es una buena práctica mantener capacitaciones constantes. También relevan la importancia de generar un trabajo articulado con los distintos equipos del Servicio, como son promoción y participación. Sugieren mantener la figura del referente comunal, ya que permite unificar el trabajo que se hace en cada uno de los centros ya que todos deben dar respuesta a una misma línea de trabajo, manteniendo cada centro su autonomía de funcionamiento.

**Importancia de implementar el Programa:** Se recomienda incorporar el Programa en todas las comunas del SSMOCC, bajo la convicción de que es necesario de implementar dado la importancia de su impacto. Es decir, si todos manejaran las herramientas y conocimientos que otorga el Programa, se podría mejorar el acceso a la salud de la población migrante y podría existir un trabajo articulado si todos manejan la misma información y líneas de acción. Los entrevistados también resaltan el aporte que realiza el Programa en torno al trabajo comunitario no sólo para develar las necesidades de la población migrante, sino que también para sensibilizar a la población chilena respecto a las condiciones de la población migrante e ir eliminando prejuicios que llevan a establecer una dinámica xenofóbica y discriminatoria.

**Recomendaciones generales para el SSMOCC:** A partir de los resultados del estudio, y de acuerdo con lo señalado por los/as participantes de este estudio de manera explícita o implícita, se proponen diversas recomendaciones generales para el SSMOCC y sus comunas: 1. Incorporar el Programa Ministerial de acceso a la atención de salud en APS de personas migrantes internacionales en todas las comunas del SSMOCC, bajo la convicción de la centralidad de su implementación en todos los territorios dado el impacto positivo que este tiene en la población migrante de las comunas. 2. Fomentar la creación de un programa de atención inicial a migrantes en todas las comunas. 3. Generar trabajo articulado entre las comunas y las distintas unidades del SSMOCC como promoción y participación, para el trabajo con comunidades migrantes en las comunas. 4. Mantener y potenciar la figura de los y las referentes de migración en las comunas, ya que permite unificar el trabajo que se hace en cada uno de los Cesfam y alinear el mismo, manteniendo de igual forma cada centro su autonomía de funcionamiento. 5. Potenciar el trabajo comunitario dentro de las acciones del Programa. 6. Potenciar la figura de los/as facilitadores/as interculturales en todas las comunas del SSMOCC. 7. Fomentar la participación de población migrante internacional en los centros de

salud. 8. Mantener buenas prácticas con los usuarios migrantes en relación al trato. 9. Mantener un programa continuo de capacitaciones y sensibilizaciones en materia de migración y salud para funcionarios y profesionales de salud para acceso de todas las comunas. 10. apoyar la generación de catastros por comuna que permitan visibilizar la situación de migrantes internacionales en cada territorio. 11. Incluir prestaciones específicas de salud mental para población migrante internacionales en todas las comunas. 12. Generar estrategias de detección de casos sociales complejos en relación a población que ha ingresado por pasos no habilitados y que acarrea consecuencias físicas y psicológicas fruto de dicha experiencia. 13. Incorporar y transversalizar el enfoque de interculturalidad en todo el quehacer de salud con población migrante internacional. 14. Incorporar y transversalizar el enfoque de género y migración en todo el quehacer de salud con población migrante internacional, con foco en la vulnerabilidad social en la que los procesos migratorios sitúan particularmente a mujeres y NNA. 15. Visibilizar las necesidades y condiciones de vida de migrantes sanitarias en contextos de crisis sanitaria como la pandemia por Covid-19, e incorporarlas en las estrategias de afrontamiento de las crisis sanitarias. 16. Fortalecer las buenas prácticas locales con relación a población migrante en salud. A esto se suman los principios rectores y prioridades del marco normativo de la OMS referido al Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023 (2017).

## Antecedentes

La migración internacional es definida como *“movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales”* (1). Este movimiento es generalmente motivado por la búsqueda de mejores condiciones de vida, el que ha sido facilitado por la globalización, acceso al cruce de fronteras, comunidades internacionales y estratificación internacional laboral (3). El año 2019 la organización mundial para las migraciones estimó 272 millones de migrantes internacionales, representando 3.5% de la población mundial. La migración internacional promovida por la búsqueda de mejores condiciones de vida está influenciada por factores impulsores que inciden en la decisión de migrar en una población heterogénea y diversa. En este proceso de decisión se involucra la realidad del país de origen, el país receptor y las características individuales de los migrantes. Entre estos se han identificado: 1. Macro-factores a nivel sociedad como el deficiente desarrollo humano y económico, el crecimiento demográfico, cambios medioambientales, guerras y dictaduras. 2. Meso-factores que conectan al individuo con su comunidad, representando facilitadores o barreras para la migración como las redes de apoyo, marcos regulatorios y costo de la migración. 3. Micro-elementos propios de la persona como edad, sexo, etnia, nivel educativo, estado civil, idioma y aspiraciones de migrar para aumentar la probabilidad de prosperar a mayor velocidad que en su situación local (1).

Este proceso dinámico y complejo de movilización humana ha aumentado en las últimas décadas, facilitado por la globalización, acceso al cruce de fronteras internacionales, creación de comunidades transnacionales y demanda de fuerza laboral (2). A nivel mundial, en diciembre de 2019 se han estimado aproximadamente 272 millones de migrantes internacionales, quienes representan 3.5% de la población mundial. De estos 176 millones residen en países de alto ingreso; cuya mayoría se encuentra en edad productiva entre 20-64 años con una distribución similar entre sexos, 48% mujeres y 52% hombres (3). Entre estos migrantes internacionales existen diversos flujos migratorios según la preferencia del destino. Se destaca un patrón de migración de sur a norte, siendo Europa y Norte América las zonas predilectas, donde se concentran 141 millones de inmigrantes (3). Además, se registra una importante migración entre países de una misma región, principalmente desde países de medio ingreso a mayor ingreso, así como migración entre países en desarrollo (2). Aquellos migrantes de África, Asia y Europa se han caracterizado por permanecer dentro de su región; mientras que históricamente las personas de Latinoamérica, el Caribe y Norte América han migrado hacia otras regiones (3).

Sin embargo, existe una importante migración intrarregional en Latinoamérica conocida como migración sur-sur, la cual surgió como resultado al aumento de barreras para el ingreso a países del norte, y el interés que despertó el creciente desarrollo económico y condiciones sociopolítica favorables de algunos países de la región; donde incluso el costo de la migración era menor (4). Según datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES), el 73% de los migrantes de Latinoamérica y el Caribe se concentran en la misma región (4)(5). Chile es uno de los territorios con crecimiento de migración intrarregional en las últimas décadas. Fenómeno propiciado por la firma de tratados que facilitaban la movilidad entre países de la región, así como la relativa estabilidad política y económica de Chile, que atrajo a migrantes de países latinoamericanos con contextos desfavorables (5). Esto se ha evidenciado en datos reportados por estadísticas migratorias 2019, con 1.492.522 personas extranjeras residentes, lo que constituye más del 7% de la población nacional. La población migrante en Chile es altamente heterogénea y dinámica en el tiempo, estando actualmente compuesta principalmente por venezolanos, seguido por peruanos, haitianos, colombianos y bolivianos (6). Su gran heterogeneidad también se da por sus condiciones socioeconómicas, habiendo grupos de migrantes con alto ingreso y otros grupos en profunda pobreza multidimensional y monetaria (7).

## Salud de migrantes internacionales desde el enfoque de determinantes sociales

Los migrantes son diversos no solo por su país de origen, sino que también por sus contextos sociales y culturales, y sus experiencias migratorias; con potencial efecto en su salud física y emocional. Esto puede interpretarse desde el enfoque de los determinantes sociales de salud (DSS), haciendo referencia a la centralidad de las condiciones sociales (familiares, laborales, comunitarias, del sistema de salud, entre otras) en que el individuo se desarrolla en su ciclo vital. Dichas condiciones sociales -o determinantes sociales- pueden tener un efecto poderoso en la vida y salud de los individuos, por medio de mecanismos de estratificación social jerárquica que conducen a diferencias sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales (i.e. inequidades sociales en salud) (8). La migración internacional ha sido reconocida como un determinante social de la salud (DSS)(9), pues las circunstancias de la migración pueden incidir en riesgos e inequidades que alteran la salud(10).

Revisando con mayor detalle posibles DSS que podrían modificar la salud de personas migrantes internacionales, destacan aquellos: **(i) demográficos** como sexo, edad y etnia. En el caso del sexo, su influencia es a través de procesos fisiológicos y de prácticas basadas en normas de género instaladas socialmente (11), que favorecen de forma variable estos resultados de salud entre hombres y mujeres. La edad implica riesgo acumulado del ciclo vital ya sea por inflamación, desregulación del metabolismo, cambios de composición corporal y comorbilidades (12). Mientras que la etnia denota la diversidad tanto genética como de identidad cultural del grupo al que se pertenece, para los cuales podría observarse alguna predisposición de enfermar de forma diferencial (13,14). Otro grupo de DSS corresponde al **(ii) socioeconómico** compuesto por el nivel educativo, ocupación e ingreso. Un bajo ingreso puede generar limitaciones al acceso de servicio de salud de calidad y adopción de hábitos poco saludables (15). Entre tanto, el nivel educativo actúa aumentando o disminuyendo el riesgo según sea la comprensión y toma de decisiones hacia los hábitos (16). Mientras que el tipo de ocupación puede ser una fuente de riesgo por la labor que se ejerza o el desempleo inducir a comportamientos riesgosos (17). Por su parte el **acceso al sistema de salud** compromete el potencial de ingreso y uso de sus prestaciones; que en migrantes tiende a ser reducido y con barreras para su utilización (18). Estas limitaciones pueden derivarse de desventajas socioeconómicas, estatus migratorio, desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, y dificultades culturales e idiomáticas que restringen el acceso oportuno a tamizajes, diagnóstico y tratamiento (19).

La migración internacional también involucra cambios en las DSS de tipo **(iii) psicosocial**, que recoge procesos de estrés, discriminación, aculturación, capital y apoyo social, en el intercambio con la sociedad receptora. Este proceso de intercambio y adaptaciones de la cultura propia por la local, derivadas del contacto con la nueva cultura, es denominado aculturación (20). La aculturación puede generar múltiples efectos en migrantes, de asimilación cuando abandona su cultura, incorporado completamente la nueva a la que se expone; de separación en el caso contrario, al solo conservar su identidad original, de marginalización al retirarse de ambas culturas o, por último, de integración donde hay un posible balance de interés por su propia cultura y la del país receptor (21). La separación se ha relacionado con el aumento de algunas enfermedades físicas y de salud mental, mientras que integración y asimilación tienen tendencias opuestas (22,23). En este desafiante proceso, también pueden resultar posturas negativas desde la sociedad receptora, siendo los tratos diferenciales e injustos una fuente de vulnerabilidad (24). Pues la discriminación sugiere un riesgo de enfermar por la respuesta fisiológica al estrés, que en migrantes se asocia a la etnia, dominio del idioma o falta de afiliación al sistema de salud (25). En conjunto, las diversas experiencias del proceso migratorio inducen a estrés, cuya sobrecarga sostenida tiene impacto por la disfunción autonómica, disfunción hipotálamo-pituitaria-adrenal, bajo grado de inflamación y estado pro-trombótico, predisponentes de enfermedades (26). Sin embargo, el

migrante puede tener recursos psicosociales positivos como el capital y apoyo social que modulan el riesgo a ECV al mejorar su autoestima, optimismo y cohesión social (27). En contraste, deficiencias en estos factores pueden intervenir de forma adversa pues falta de participación social puede favorecer mortalidad por ECV (28). Todos los DSS demográficos, socioeconómicos y psicosociales ocurren en el marco del **(iv) proceso migratorio**. Este proceso tiene a su vez factores que influyen la comentada variación del efecto de migrante sano, principalmente el país de origen al determinar las exposiciones del individuo previo a su migración (29); y el tiempo de residencia que indica la permanencia de la persona en el territorio, con efecto progresivo en las adaptaciones y acumulación de exposiciones (30).

Pese a todo este cuerpo de conocimiento, existe gran diversidad de desarrollo en esta temática en distintos países y continentes. En América Latina, México, algunos países centroamericanos y Chile, Colombia y Perú lideran el desarrollo investigativo en salud de migrantes internacionales. En Chile, los estudios llevan cerca de 20 años de trabajo, con diversas miradas y énfasis. Falta continuar en la comprensión de las condiciones de vida y salud de personas migrantes en Chile, en particular en localidades en las que aún no se ha levantado información diagnóstica profunda que permita una mejor interacción social y planificación sanitaria.

## **El Programa de Acceso a la Atención a Migrantes en APS del MINSAL**

La atención primaria es un componente fundamental del sistema de salud de muchos países del mundo. En Chile, este corresponde a un elemento central de la propuesta de redes asistenciales integradas, aportando de manera sustancial al fortalecimiento global del sistema de salud. Se preocupa principalmente de promover la salud y prevenir que las personas se enfermen. La Atención Primaria de Salud (APS), representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público. Su objetivo es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, anticipándose a la enfermedad. La APS en Chile se sustenta bajo dos modelos. El primero es el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que es un modelo de atención centrado en las personas, sus familias y la comunidad. El segundo es el concepto de Redes Integradas de Servicio de Salud de la OMS, donde la Atención Primaria se constituye en el nivel de atención que cubre a toda la población siendo la instancia del sistema que integra, coordina y satisface la mayor parte de las necesidades de salud de la población a cargo.

En conciencia de procesos globales de flujos migratorios crecientes para Chile, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios y su Estrategia Nacional de Salud vigente del periodo 2011-2020 manifiesta la importancia de considerar de manera explícita metas de salud para poblaciones migrantes internacionales. Con este antecedente, el año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales que se ejecutó 2016 y 2017, para luego ser evaluado y dar paso a la redacción de la Política de Salud de personas Migrantes Internacionales. Dicho Plan Piloto tuvo como intervención principal el **Programa Acceso a la Atención de salud de personas Migrantes internacionales en APS (Atención Primaria en Salud)**.

El propósito de este programa es contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación nacional e internacional, vinculados con personas migrantes y derechos humanos. Se recogieron los principales enfoques y orientaciones que estuviesen disponibles para ir construyendo un documento sólido y completo, que permitiese entregar el mayor detalle posible sobre este programa de cinco años de historia en nuestro país, así como informar elementos esenciales para países que quisiesen adaptar y

replicar el programa en su conjunto o algunos de sus componentes principales. Se reconoce que este programa ha sido recibido de manera favorable por un amplio rango de equipos de salud de atención primaria en el territorio y que resulta una valiosa oportunidad para visibilizar poblaciones migrantes de diverso origen y perfil en comunas y regiones. La autoridad sanitaria ha construido un esfuerzo sostenido para el crecimiento de esta intervención, que parece consolidarse el 2020 con un salto de mayor cobertura.

### **Propósito del programa**

Contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante, que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación nacional e internacional, vinculados con personas migrantes y derechos humanos.

### **Descripción del programa**

El Programa se orienta a disminuir brechas en el acceso a la atención integral de salud a personas migrantes y fomentar la entrega de prestaciones de salud con pertinencia cultural. Para tal efecto, el Programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a: a) difundir mecanismos para acceder a la atención de salud y sobre deberes y derechos de población migrante; b) promover actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante; c) detectar la caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes; d) implementar un plan de acceso y calidad de la atención a población migrante; e) monitorear e incentivar el control del embarazo precoz en mujeres migrantes en establecimientos de atención primaria; f) capacitar a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de las personas migrantes.

### **Objetivo general**

Implementar estrategias dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención, prevención y promoción de la salud que afecta a la población migrante, en especial la más vulnerable.

### **Objetivos específicos**

1. Ampliar la información sobre mecanismos para acceder a la atención y derechos y deberes en salud de la población migrante en general, a través de estrategias diversas que consideren su activa participación en las instancias correspondientes.
2. Mejorar el acceso y calidad de la atención a población migrante, con pertinencia cultural y con énfasis en los grupos más vulnerables.
3. Vincular la migración e interculturalidad en todos los programas y temas de salud, tanto del curso de vida como transversales (Chile Crece Contigo, salud sexual y reproductiva, adolescentes, programa de salud cardiovascular, inmunizaciones, salud mental, entre otros).

### **Componentes**

Componente 1: Difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud de la población migrante, considerando estrategias que incluyan su participación.

Componente 2: Acceso y calidad de la atención en población migrante.

## **Productos esperados del programa**

Productos esperados al Componente 1:

1. Actividades de difusión sobre mecanismos para acceder a la atención y derechos y deberes en salud de la población migrante implementadas.
2. Actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de la población migrante.

Productos esperados al Componente 2:

1. Diagnóstico participativo realizado/actualizado para detectar caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes.
2. Plan local para mejorar el acceso a la atención de salud de la población migrante, especialmente la contratación de mediadores interculturales/facilitadores lingüísticos en caso de que corresponda.
3. Reporte de gestantes embarazadas informado (REM P1 sección B).
4. Capacitación(es) y difusión(es) realizadas a funcionarios de la red para reforzar habilidades interculturales y el marco normativo de derechos de salud de las personas migrantes.
5. Protocolos de atención de salud a migrantes (locales y en la red asistencial) diseñados e implementados.

## **Monitoreo y evaluación**

Para el adecuado monitoreo y evaluación del programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

*Servicios de Salud:*

- 1) Asignar los recursos comunalmente de acuerdo con los criterios generales, a los diagnósticos y condiciones locales, y en base al marco presupuestario asignado a cada Servicio de Salud por Resolución Exenta del Ministerio de Salud.
- 2) Realizar observaciones y aprobar programa de trabajo (cronograma y plan de actividades) de la comuna en el marco del Programa.
- 3) Suscribir y tramitar los convenios para transferencia de recursos con los municipios.
- 4) Evaluar los resultados del Programa.
- 5) Monitorear en terreno la ejecución de las acciones comprometidas.
- 6) Auditar el uso de los recursos del Programa por parte de los municipios y establecimientos, según corresponda.
- 7) Informar los resultados del Programa oportunamente al Ministerio de Salud, de acuerdo a los formatos de informes, plazos e indicadores establecidos para el efecto.
- 8) Entregar asesoría y asistencia técnica a los municipios y departamentos de salud municipal, o establecimientos, según corresponda, para una adecuada ejecución del Programa.

Municipios y entidades administradoras de salud municipal:

- 1) Aportar información sobre la situación de la población migrante para la elaboración de línea base del programa.
- 2) Suscribir convenios.
- 3) Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicios, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda.
- 4) Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes.

- 5) Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos transferidos.
- 6) Rendir cuentas de los recursos transferidos, de conformidad a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, al respectivo Servicio de Salud.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud tres meses antes de la fecha de corte.

### **Indicadores y medios de verificación del programa**

#### *Cumplimiento del Objetivo Específico N°1*

Ampliar la información sobre mecanismos para acceder a la atención y derechos y deberes en salud de la población migrante en general, a través de estrategias diversas que consideren su activa participación en las instancias correspondientes. Este objetivo específico cuenta con dos indicadores, que corresponden a:

1. Cumplimiento de plan de actividades de difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud de población migrante.
2. Cumplimiento de actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante.

#### *Cumplimiento del Objetivo Específico N°2*

Mejorar el acceso y calidad de la atención a población migrante, con pertinencia cultural y con énfasis en los grupos más vulnerables. Este objetivo específico cuenta con cuatro indicadores, que corresponden a:

1. Diagnóstico participativo realizado/actualizado para detectar caracterización de demanda, oferta, y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes
2. Porcentaje de cumplimiento de plan de acceso y calidad de la atención a población migrante (incluye diseño e implementación de protocolos de atención)
3. Porcentaje de controles de embarazo en mujeres migrantes en establecimientos de Atención Primaria
4. Cobertura de capacitación a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de las personas migrantes (solo funcionarios no capacitados anteriormente)

**Tabla 1:** Resumen de componentes, productos esperados e indicadores del programa

| COMPONENTE  | PRODUCTOS ESPERADOS  | INDICADORES  |
|---|--|--|
| <p>Componente N° 1</p> <p>Difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud de la población migrante, considerando estrategias que incluyan su participación.</p> | Actividades de difusión realizadas   | Cumplimiento de plan de actividades de difusión sobre mecanismos para acceder a la atención, deberes y derechos en salud para la población migrante<br><i>(N° de actividades de difusión implementadas / N° de actividades comprometidas) * 100</i>  |
|   | Actividades comunitarias implementadas   | Cumplimiento de actividades comunitarias diseñadas e implementadas con la participación de población migrante<br><i>(N° de actividades comunitarias implementadas / N° de actividades comunitarias programadas) * 100</i>  |
| <p>Componente N° 2</p> <p>Acceso y calidad de la atención en población migrante</p>   | Diagnóstico participativo realizado/actualizado para detectar caracterización de demanda, oferta y brechas en el acceso y calidad en la atención de salud a personas migrantes                   | Diagnóstico participativo Dicotómico (posee diagnóstico Sí-No)   |
|   | Plan local para mejorar el acceso y calidad de la atención a población migrante, de acuerdo con el diagnóstico (incluye diseño e implementación de protocolos de atención de salud a migrantes). | Plan local de mejora de acceso y calidad de la atención<br><i>(N° de actividades implementadas / N° de actividades programadas) * 100</i>  |
|   | Controles de embarazo en mujeres migrantes en establecimientos de Atención Primaria.   | Porcentaje de controles de embarazo en mujeres migrantes en establecimientos de Atención Primaria<br><i>(N° total de gestantes migrantes en control / N° total de gestantes en control) * 100</i>  |
|   | Funcionarios/as de salud capacitados/as (sólo funcionarios no capacitados anteriormente)   | Cobertura de capacitación a funcionarios/as en habilidades interculturales y derechos en salud de personas migrantes<br><i>(N° de funcionarios/as capacitados/as con curso o jornada de a los menos 8 horas / N° total de funcionarios/as de establecimientos de salud incluidos en el Programa) * 100</i> |

## Propósito del estudio

Ejecutar una sistematización de experiencias y aprendizajes sobre la implementación del Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en comunas seleccionadas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

### Objetivo general

Sistematizar, desde un enfoque cualitativo y pragmático, experiencias y aprendizajes sobre la implementación del Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en comunas seleccionadas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

### Objetivos específicos

1. Indagar en percepciones generales sobre el programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en equipos de salud y afines en comunas que sí lo han implementado y que no lo han implementado en el SSMOCC.
2. Develar motivaciones y gatillantes de la implementación de este programa en comunas seleccionadas del SSMOCC, así posibles motivadores o gatillantes de su implementación en comunas que aún no lo inician, según equipos de salud y afines.
3. Develar proceso a través del cual este programa fue implementado en comunas seleccionadas y el grado de logro de sus objetivos en cada una de ellas, desde la percepción de sus actores clave, según equipos de salud y afines.
4. Indagar en aprendizajes y desafíos pendientes de la implementación de este programa en comunas que sí lo han implementado y que no lo han implementado en el SSMOCC, a partir de la voz de equipos de salud y afines.

## Metodología

Diseño de sistematización cualitativa, paradigma de investigación que presume la coexistencia de experiencias múltiples respecto a un mismo fenómeno, validando y exaltando el relato subjetivo de los sujetos en relación con una temática determinada (32). En este marco, la investigación cualitativa busca indagar en cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan. Dado el foco en la complejidad respecto a los fenómenos estudiados, en investigación cualitativa se trabaja con pocos casos para profundizar en el significado del objeto de sistematización, comprendiendo la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos (34).

Cabe señalar que esta es una sistematización descriptiva y exploratoria, de tal forma que indagó en experiencias y aprendizajes sobre la implementación del Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en comunas seleccionadas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

La sistematización contó con dos fases:

- 1) Fase de entrevistas semi estructuradas
- 2) Fase de visita a terreno y observación etnográfica con fichas de registro

## Universo y muestra

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente tiene por asignación jurisdiccional el territorio comprendido por las provincias de Santiago, Melipilla y Talagante; conformadas a su vez por las siguientes comunas: Lo Prado, Pudahuel, Cerro Navia, Quinta Normal, Renca, Alhué, Curacaví, María Pinto, Melipilla, San Pedro, Talagante, Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado y Peñaflores. De acuerdo a los resultados del Censo más reciente, realizado durante el año 2017 por el Instituto Nacional de Estadísticas -INE-, se determinó para el territorio jurisdiccional del Servicio una población total que asciende a 1.167.561 personas; de las cuales 572.591 son hombres (49%) y 594.610 son mujeres (51%) (Figura 1). Se identifican dentro del servicio distintos sectores, que se organizan por compartir características territoriales, demográficas y de condiciones de vida particulares. Se identifican los sectores azul, verde y rosado, tal y como lo presenta la Figura 1.

Figura 1. Comunas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente



El universo de esta sistematización corresponde a equipos de salud de APS que trabajan en las comunas que pertenecen al Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Para la sistematización se trabajó con dos comunas que sí han implementado el programa y dos comunas que no lo han implementado. Las comunas que sí lo han implementado son: Quinta Normal y Melipilla. Las comunas que no lo han implementado son Lo Prado y Curacaví. Se contó con la participación de los siguientes actores clave: (i) autoridad local nivel APS, (ii) profesional de salud general en APS, (iii) profesional de salud dedicado al programa en APS (para comunas que sí lo han implementado), (iv) referente o facilitador de migrantes (para comunas que no lo han implementado).

Se concretó una muestra de: autoridad del SSMOCC (N=1); directores/as de Cesfam de las cuatro comunas abordadas (N=4); profesionales de salud de las cuatro comunas abordadas (N=7); profesionales de salud del Programa de Cesfam de las comunas abordadas o referentes de migración de Cesfam de las comunas abordadas (N=6); Facilitador/a intercultural de las comunas abordadas (N=3).

## Reclutamiento y recolección de información

### ENTREVISTAS

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Esta técnica consiste en conversaciones cara a cara entre el investigador y el sujeto informante, donde se explora un tema mediante preguntas a partir de una guía que recoge los aspectos que quieren ser explorados (32). **Se realizaron un total de 21 entrevistas individuales semi-estructuradas.**

Como estrategia de selección de participantes para las entrevistas, se definieron los participantes junto con la contraparte, con un correo de invitación oficial.

Se contó con guiones semi-estructurados, basados en los objetivos específicos de esta sistematización. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de entre 45 y 50 minutos, y que se realizaron vía virtual y de manera presencial, según capacidad por contexto de pandemia.

### VISITAS A TERRENO

Para las visitas a terreno, se trabajó con la técnica etnográfica, que consiste en una intensa y prolongada interacción entre el/a investigador/a y los miembros de una comunidad, con el objetivo de sumergirse en sus actividades y cotidianidad lo más completamente posible (32). Las visitas fueron programadas junto con la contraparte, en diferentes días y horas en cada territorio. Las visitas contaron con fichas etnográficas previamente establecidas, donde se dejó registro de observaciones, conversaciones, material relacionado, entre otros. Asimismo, se tomaron fotografías de contexto con el fin de ilustrar la experiencia en terreno en cada comuna. **Se realizaron un total de 4 visitas etnográficas a terreno.**

### Plan de análisis

Se realizó la transcripción Verbatim de todas las entrevistas semiestructuradas a un documento de Word y luego se analizó el material temáticamente conforme a las categorías orientadoras del guión de entrevistas, pero admitiendo también categorías emergentes desde la voz de los mismos participantes.

Las fichas etnográficas fueron vaciadas en una ficha de matriz general, para su análisis de contenido temático similar a las entrevistas. Todo el material audiovisual recogido fue organizado en una carpeta virtual protegida por territorio.

## Aspectos éticos

El resguardo de la confidencialidad de los participantes ha sido primordial en esta sistematización. Es por esto que se aseguró a los participantes el mantenimiento de su confidencialidad. Para el material cualitativo obtenido se aseguró que los nombres y datos personales de las personas entrevistadas nunca serán expuestos en el análisis ni en ningún material vinculado a la sistematización. Para ello se realizó la asignación de códigos para los participantes en las transcripciones y en todos los registros de la sistematización, siendo solo la investigadora principal quien tenga acceso a la base de datos que permite individualizar los códigos. En la etapa de análisis se mantuvieron también estas medidas de resguardo. De este modo, el análisis no permite identificar a ningún participante, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los participantes.

Antes de su ejecución, la propuesta contó con la autorización de la dirección del servicio. Por ser una sistematización solicitada por el servicio para dar registro formal a su trabajo habitual, no se consideró la pertinencia de evaluación ético-científica.

## Plan de trabajo

| Actividad                                      | Mes 1<br>Diciembre | Mes 2<br>Enero | Mes 3<br>Marzo | Mes 4<br>Abril | Mes 5<br>Mayo | Mes 6<br>Junio | Mes 7<br>Julio | Mes 8<br>Agosto |
|--|--------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|
| Consolidación de propuesta e inicio de trabajo | X                  |                |                |                |               |                |                |                 |
| Visitas a terreno y fichas etnográficas        |                    | X              |                |                |               |                |                |                 |
| Entrega de <b>producto 1</b>                   |                    | X              |                |                |               |                |                |                 |
| Entrevistas con actores clave                  |                    |                | X              | X              | X             | X              |                |                 |
| Entrega de <b>producto 2</b>                   |                    |                |                |                |               | X              |                |                 |
| Elaboración de manual                          |                    |                |                |                |               | X              | X              |                 |
| Entrega de <b>producto 3</b>                   |                    |                |                |                |               |                | X              |                 |
| Webinar de difusión                            |                    |                |                |                |               |                |                | X               |

## Resultados

### Percepciones generales sobre el Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de personas migrantes internacionales en equipos de salud y afines

#### Descripción general

De acuerdo con la autoridad del servicio entrevistada, la implementación del Programa de Acceso a la Atención a Migrantes en APS en comunas del SSMOCC representa un apoyo a la gestión que realizan los diversos territorios, y que así viene definido desde el MINSAL. Se sostiene que muchas veces no es comprendido de este modo desde los contextos locales, ya que en ocasiones toda la estrategia de acceso a la atención de migrantes se centra en el quehacer del Programa cuando esto no debiera ser el eje. En este sentido, se recalca que el Programa es una herramienta para apoyar las acciones que cada territorio ya realiza, pero no es el centro del quehacer en materia de migración y salud.

*“Ese es un programa que es- y siempre insisten mucho acá- que es un refuerzo, es un apoyo, no significa que todo esté centrado en esto, sino que es un apoyo a las actividades que tú ya estás haciendo, a las necesidades que tú detectaste (...). Es que es el diseño desde el MINSAL, es un apoyo a la gestión que pueden hacer en las diversas temático, ese es el discurso que siempre hay que reforzar a las comunas. pero este es un programa de apoyo, no pueden centrar toda su estrategia en un apoyo. En la práctica termina siendo toda la estrategia.” (M, médico, Santiago).*

De acuerdo a la autoridad entrevistada, el Programa buscar incentivar el desarrollo de estrategias comunitarias, y de participación comunitaria. Lamentablemente se reconoce que este eje de participación no siempre es priorizado, sino que se le da antelación a lo asistencial, y toda la estrategia se reduce en muchas ocasiones a las actividades asistenciales individuales y no a la promoción de trabajo colectivo con las comunidades migrantes.

*“[...] cuando la comuna autogestiona su recurso en facilitador -que es como lo más visible- toda la estrategia se va a la actividad asistencial, en el uno a uno, en el profesional que tienen la necesidad de a la persona que migra, y la persona que migra de entregar información. Pero en el programa lo que se incentiva es que haya estrategias comunitarias, actividades de participación comunitaria donde se involucre al colectivo que migra más que la actividad uno a uno. Claramente al director del CESFAM, al director de comuna le va a interesar solucionar la contingencia que tiene en el box, o en urgencias, o en el SAPU. Pero las actividades que suelen ser vistas como que no tengo una retribución inmediata, porque las actividades comunitarias requieren generar lazos, generar confianzas al tiempo de trabajo, no sé cómo que haya que destinar las horas para eso porque tengo al facilitador tan demandado que todos los están llamando para la atención en box o en oficina: educación salud, justicia, trámites municipales, carabineros incluso” (M, médico, Santiago).*

#### Debilidades en la implementación del Programa

Una de las principales debilidades para la ejecución del Programa en las comunas que identifica la autoridad entrevistada, y que actúa como un obstáculo, tiene que ver con la **sobrecarga de las personas encargadas del Programa en APS**. En general, los y las referentes del Programa son a su vez encargados/as

de otros programas y servicios, lo que limita la capacidad de respuesta y de cumplimiento de objetivos del Programa:

*“La comuna tenía toda la intención y visualizada, necesitaba trabajar con sus usuarios migrantes, pero era una referente que tenía asignado OIRS, salud mental, todos los otros temas que sí le piden rendir en tiempo y en trabajo, entonces menos espacio queda para migración” (M, médico, Santiago).*

Sumado a lo anterior, la persona entrevistada señala que el funcionamiento de los Programas y la realización de acciones en las comunas, dependen si es que se encuentra **institucionalizada la temática y se aplica con recursos y horas protegidas** para que las personas puedan abordar el trabajo a realizar. Si esto no se cumple, finalmente el trabajo se tiende a dejar de lado, ya que se priorizan otras necesidades puntuales que se presentan en los territorios. En consecuencia, la implementación del Programa debe ir acompañado de una verticalidad donde los centros deben dar cuenta de cuántos pacientes migrantes atienden, entre otros datos.

*“Pero si no se le asigna esta verticalidad en la temática, esta institucionalización de que tú me tienes que rendir en números cuántas personas atendiste, cuántas embarazadas con riesgo psicosocial son migrantes... Si no hay como esa relación, un poco tú me das yo te doy, es muy difícil implementarlo, porque el recurso humano sigue siendo el mismo. Entonces lo que veo es que la misma facilitadora [referente] que -insisto- se hace cargo de participación, que se hace cargo de los consejos consultivos, del trabajo territorial, de promoción de salud, de salud mental, y aparte migración... Entonces se ve y se siente como ‘ah no, otro tema y no me han dado más horas y no tengo más recursos’”. (M, médico, Santiago)*

Por otro lado, se indican **problemas a presupuestarios**, ya que se agregaron comunas al proceso de implementación del Programa, pero con el mismo presupuesto basal. A su vez, evalúan que cada vez se hace necesario implementar el programa en más comunas, por lo que tendrían que continuar aumentando el número de comunas involucradas, pero con el mismo presupuesto. La reducción de presupuesto para las comunas afecta, por ejemplo, la contratación de facilitadores/as, a quienes deben reducirles las horas.

*“Entonces ahí se tenían- como no se puede tener lucas extras, como el recurso económico para las 15 comunas solamente- en ese entonces eran 3 comunas, era Quinta Normal, Talagante y Cerro Navia [...] Porque tampoco significa que haya un aumento presupuestario, es la misma cantidad de dinero que se debe distribuir, como que nazca más hermanas y el mismo cariño se debe distribuir en más hermanos.” (M, médico, Santiago)*

*“Es súper difícil porque hay una realidad que no se puede ocultar, que se está haciendo necesario en otras comunas. Entonces se debe ser un poco solidario y decir ‘mira, está la posibilidad de que se sume esta otra comuna, pero eso significa que va a haber que restar’. Ahí hay un trabajo con los mismos referentes bien cercano, entonces yo les dije “mira, pasa esto, tengo que, porque no puedo ocultar las cifras, hay muchas personas y hay mucha necesidad y tengo las mismas lucas”. (M, médico, Santiago)*

## Comunas con implementación del programa del SSMOCC: los casos de Quinta Normal y Melipilla

### Descripción general

Desde las comunas abordadas por el estudio en las cuales se implementa el Programa, éste es descrito como un apoyo a las necesidades en salud de la población migrante que habita en esas comunas. Se entiende que el programa permite establecer lineamientos y responsabilidades para los centros de salud de manera de reducir las desigualdades e irregularidades que se generan en la atención, principalmente dado el desconocimiento de los derechos en salud de la población migrante.

*“Una cosa general, el programa viene a apoyar las necesidades en salud de la población migrante que llega a nuestro país. Yo creo que es súper importante que sea implementado porque se establecen los lineamientos y las responsabilidades que tiene salud, yo sé que también en otro orden de cosas, porque no sacamos nada con hacer una cosa aquí si no está cubierta por otro lado, pero viene a normalizar o establecer cuáles son la estrategia y lo que tenemos que hacer nosotros con la población migrante en el trabajo. (...) Pero yo creo que está bien, el programa viene como a ordenar todo el trabajo con migrantes, porque antes algunos hacían una cosa, otros hacían otra, "no es que en el día no lo atendemos porque no se puede". (M, enfermera, QN-2)*

Los profesionales entrevistados comentan que el Programa ha instalado tres importantes líneas de trabajo: (i) En primera instancia, ha entregado recursos para facilitar la entrega de prestaciones en salud. (ii) Un segundo aspecto es potenciar el eje comunitario, el cual busca aumentar la participación de la población migrante en los comités locales de salud. (iii) El tercer elemento apunta a la promoción y prevención mediante la educación y difusión. Así, se han contratado facilitadores interculturales, se ha logrado difundir información sobre derechos, deberes y acceso a la salud y se ha trabajado en la realización de diagnósticos participativos. Destacan el desarrollo de capacitaciones dirigidas tanto a la población migrante como a los profesionales de la salud. Según un profesional entrevistado, este aspecto del Programa, en particular, debiese ser profundizado:

*“Yo creo que son como 3 elementos potentes: uno es la contratación de facilitadoras interculturales; otro tema tiene que ver con el tema de difusión de los derechos, deberes y el acceso a la salud, además del tema de diagnóstico participativo, que también es un tema importante; la tercera pata que por lo menos a Melipilla le gustaría profundizar más y que está en el programa, pero nos gustaría darle mucho más énfasis, es al tema de las capacitaciones. Capacitaciones tanto a la población migrante como a los equipos de salud.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Entrega recursos para poder facilitar ciertas prestaciones de salud que por el per cápita no podemos hacerlo en habitualidad, entonces tienen el componente de la contratación del facilitador intercultural para los centros de salud que tienen mayor demanda de migrantes. Tiene un eje que es más comunitario que es principalmente que trate de potenciar -no lo conversamos pero es una de las áreas más complejas y difíciles que es el tema de potenciar la participación de la población migrante en los comités locales de salud, [...] Quizás ahí uno tendía que buscar una estrategia para poder ir potenciándolo. Y el otro que es más promoción y prevención, que es en el enfoque más de educación en el acceso al CESFAM, al as prestaciones de salud propias de la atención primaria.” (M, matrona, ME-3)*

## Fortalezas

Los profesionales entrevistados señalan como fortalezas del Programa el hecho de que ha visibilizado las necesidades y la realidad de la población migrante en las comunas, lo que ha facilitado el abordaje de sus necesidades. Asimismo, evalúan positivamente la incorporación de facilitadoras en tanto han mejorado la calidad de la atención a la población migrante. Un último aspecto que destacan del Programa es que ha permitido articular y coordinar un trabajo intersector para la realización de actividades para la población migrante.

*“Sí definitivamente, sí, porque como te digo, antes no lo teníamos visualizado, era una población más y no teníamos cosas especiales para ellos, específicas para ellos, y ahora sí, tenemos espacios para ellos, tenemos que contabilizarlo en la estadística del mes- Entonces igual nosotros vamos monitoreando eso, así que sí, por lo menos se ha notado en la visualización.” (M, matrona, QN-5)*

*“El componente potente del programa es la contratación de facilitadoras interculturales, yo creo que eso es- bueno y de hecho en el último convenio ese aspecto tenía una valoración del 50% respecto de toda la meta que era del proyecto en sí mismo. Entonces uno de los aspectos centrales del programa es contar con facilitadoras interculturales en el diseño y en la disposición de los distintos centros.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Encuentro también que ha facilitado el tema de la buena comunicación que hay con el intersector de acá, por ejemplo, CARITAS, igual yo sigo en contacto con ellas y con algunas personas de la mesa de MEMIM, con el suboficial de carabineros que también participa dentro de las actividades de migrantes. Y la buena disposición del equipo en general.” (M, trabajadora social, ME-2)*

## Debilidades

En cuanto a las debilidades, los profesionales de la salud también consideran que la falta de presupuesto limita la implementación del programa, en tanto deben disminuir personal o sus horas de trabajo. Si bien el Programa cuenta con buenas herramientas, bajo la perspectiva de los profesionales, señalan que no pueden llevarlo a la práctica y cumplir con todos los objetivos ya que el personal no cuenta con el tiempo para aquello. En esta línea, plantean que se requieren de tiempos y horarios protegidos, con los cuales no siempre cuentan para poder trabajar en el programa. Por lo demás, se observa que las facilitadoras se concentran en los centros de atención primaria de mayor tamaño.

*“Y el trabajo del programa, tener a la facilitadora, y que en su minuto tuvimos 2, era mucho mejor porque era mucho más práctico para nosotros que ellas pudieran andar en los distintos lugares. Y cuando se disminuyó ese ingreso, fue complejo para nuestro programa porque contamos con menos horas de ellas. Y muchas veces no se puede agendar en base al horario disponible de la facilitadora, es en base a la cantidad de horas disponibles que hay, y hacerlo cuadrar a veces era muy complejo.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Yo siento que el programa en sí no tiene muchos problemas, yo creo que el problema es el recurso. Porque estamos trabajando en base a lo que hay a disposición. No hay más trabajadoras para el programa, o sea, los que están en el recinto tienen que hacerse responsables de cumplir. Y como el programa tiene muy buenas herramientas que pudiésemos aplicar acá en la práctica, pero el problema está en que eso requiere tiempo de trabajo, para poder realizar y cumplir con los objetivos*

*que nos plantea el programa; y muchas veces ese tiempo implica que es tiempo que se tiene que proteger, y eso no está claro.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“[...] el PRAPS también nos restringe en cuanto al recurso económico y las posibilidades de atención en salud que el facilitador no esté las 44hrs por ejemplo. Tenemos las 33 hrs. y hacer el ejercicio de coordinar que justo la paciente haitiana, por ejemplo, se atienda en los horarios en que está la facilitadora no muchas veces se puede. Sobre todo nosotros que somos un centro súper grande, atendemos 38mil habitantes, y que tenemos una planta física reducida. Entonces esa es una de las limitantes en cuanto al recurso económico que entrega para la facilitadora.” (M, matrona, ME-3)*

*“[...] siempre se han pedido más recursos porque se necesita más personal enfocado, más facilitadoras, tener uno quechua, porque claro la Corporación recibe la plata, y de esa plata le pagan a las facilitadoras, pero no les pueden pagar cierta plata, y los tienen 4 días solamente, ¿cachai? Y solamente en los centros grandes: Boris y Elgueta, y creo que ahora en San Manuel.” (M, médico, ME-5)*

## **Comunas sin implementación del programa del SSMOCC: los casos de Lo Prado y Curacaví**

### **Descripción general**

En los casos de las comunas sin la implementación del programa, una especialista comenta que han trabajado en la realización de diagnósticos locales de salud de las personas migrantes, para elaborar un plan de trabajo con ellos. A su vez, van actualizando planillas de catastro de población migrante cada cierto tiempo, de manera de que en los centros de salud estén al tanto de la cantidad de personas migrantes que tienen. No obstante, la especialista entrevistada observa que los resultados del diagnóstico no son representativos debido a que participaron pocos pacientes:

*“[...] esto lo leí como hace dos año- pero era hacer el diagnóstico, tener un diagnóstico local de salud de las personas migrantes, después con este diagnóstico elaborar un plan de trabajo con ellos, e ir midiendo y evaluando las acciones que se hacen con este plan de trabajo. Que era algo que queríamos intentar acá localmente, y ahí nos ayudaron ustedes con el diagnóstico, y nosotros con estas planillas que nos van pidiendo cada cierto tiempo del catastro, tenemos también un número aproximado de cuántas personas tenemos- pero hasta ahí hemos llegado. No hemos todavía esta convocatoria para juntarnos, mostrarles los resultados, igual nuestros pacientes que participaron en el diagnóstico inicial eran 9 personas, eran súper poquitas, entonces tampoco es representativos.” (M, médica, CU-1)*

### **Debilidades en torno al trabajo con migrantes**

Una de las principales debilidades que identifican los profesionales, es la sobrecarga de los referentes, quienes no cuentan con horas protegidas para llevar a cabo su trabajo en torno a la migración y quienes, además, se encuentran encargados de liderar varios programas a la vez. A su vez, la falta de presupuesto para la realización de actividades obstaculiza el trabajo con la población migrante. Por ejemplo, una

profesional comenta que en su centro no lograron coordinar capacitaciones debido a la falta de presupuesto para aquello.

*“No, no hay horas protegidas porque tampoco ha manejado una norma desde que el Servicio que dijera "son 11 horas semanales" o "5 horas semanales", por lo que te decía: hay muchos programas chicos en una sola persona: referente OIRS, referente del PRAIS, atención de público, jefe de SOME, encargada de agenda, participación y migrantes.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“O sea siempre que hay algo nuevo uno le teme un poco a eso, lo que te pidan y a que sea más trabajo, eso es lo que siempre uno puede asociar como negativo a la implementación de nuevos programas, que te demanden mucho más tiempo del que habitualmente usas y que puedes no tener, una cosa de recurso humano. Pero si viene a mejorar la atención, si viene a mejorar protocolos y la participación, bienvenido sea.” (M, enfermera, LP-5)*

*“Y esas cosas [capacitaciones en temas culturales] no logramos coordinarlas, fue demandado, pero no logramos encontrar quién pudiera entregarlo de manera gratuita. Porque eso es lo otro, los recursos también son escasos, entonces no siempre se puede lograr que nos paguen esas capacitaciones.” (M, trabajadora social, LP-3)*

## Motivaciones y gatillantes de la implementación del Programa en comunas del SSMOCC, y motivadores y gatillantes en comunas que no lo tienen

### Gatillantes implementación

#### *Criterios para decidir comunas*

Dentro de las comunas abordadas por el estudio que sí cuentan con el Programa Ministerial de Atención a Migrantes de APS (Quinta Normal y Melipilla), las y los entrevistados señalaron algunos criterios que fueron considerados al momento de escoger las comunas en las cuales implementar el programa. Entre estos, indican que sus comunas fueron seleccionadas por el alto número de población migrante que habita allí. Por lo mismo, son comunas que venían realizando acciones y trabajos en relación a la atención a migrantes previo a la creación del Programa. Es decir, estaban ejecutando levantamiento de información, contaban con referentes de migración y recogían necesidades de la población migrante. Comentan que aquello demostraba que en las comunas existía interés y voluntad para trabajar en torno a la atención de la población migrante. Debido a esas acciones, los distintos profesionales de los centros de atención comenzaron a conocer y contactar con actores clave para la futura implementación del programa en sus comunas.

*“Ahora, partió en Quinta normal porque según los números que hemos tenido y hemos ido actualizando todos los años, hay un gran número de población que migra que está en Quinta Normal (...) Estación Central al lado está Quinta Normal, entonces hay mucho subarrendamiento para la persona que migra porque está en una situación como bien estratégica, está cerca del metro, tiene súper buena locomoción. Entonces ahí hay harta persona que migra.” (M, Médico, Santiago)*

*“(...) Pero no estaba la representación de una comuna de zona rural, entonces ahí se sumó Talagante. Y al año siguiente después sumé a Melipilla por lo mismo, por el "n" básicamente.” (M, Médico, Santiago)*

*“Había sí referentes de migración, pero en los CESFAM para ver la parte operativa, y nos conocíamos de antes como de estas reuniones mensuales. Entonces eso igual es clave como para decidir también qué comuna, porque si yo veo que es una comuna donde no tengo resonancia, donde no me responden los mails, donde no tengo un levantamiento de necesidades, donde no hay un trabajo previo, en verdad que sería un poco muy árido poder asignar recursos y estar teniendo que trabajar mucho más a la mano con una comuna que no participa.” (M, Médico, Santiago)*

*“Entonces en Melipilla sí estaba el número, estaba la voluntad del director, estaba el trabajo previo con los referentes, estaba el interés, y en Melipilla había una mesa, MEMIM [Mesa Migrante de Melipilla], ellos tenían una mesa intersectorial (...).” (M, Médico, Santiago)*

*“Entonces empezamos a hacer ese trabajo comunal. Y en el Servicio llegó el programa, ya como un PRAPS, y en esa época, primero hubo personas en el Servicio que empezaron a ver el tema pero sin programa todavía, hasta que después...había una colega que se hizo cargo del programa, que había trabajado acá en la comuna, entonces nos conocíamos, y empezamos a ver el trabajo que nosotros estábamos realizando acá. (...) Entonces a raíz de eso empezamos a tener más coordinación con el*

*Servicio, llegó el programa, y fuimos de las primeras comunas que ingresamos al PRAPS [...].” (M, Asistente Social, QN-1)*

Por otro lado, reconocen que en las comunas se generan características y necesidades de la población migrante que deben ser atendidas en consideración de sus particularidades. Ejemplifican con una alta presencia de población de ascendencia Quechua que genera un ambiente específico en el sector, como también situaciones de discriminación y violencia obstétrica hacia mujeres migrantes y de etnia Mapuche. En este sentido, se percibe la necesidad de que la atención tenga pertinencia cultural, donde se respeten las distintas creencias y prácticas culturales, así como las diversas formas de crianza. Se resalta la importancia del Programa en tanto perciben que su aplicación y ejecución en una comuna genera un impacto en otras comunas, motivando el desarrollo e interés en la atención de las necesidades de la población migrante y de las diversas etnias que habitan el territorio.

*“Melipilla tiene como una particularidad bien especial, que es la zona de El Monte, María Pinto, Melipilla que tienen un alto número de población boliviana, y más que boliviana población de ascendencia quechua, entonces eso es así como un "microclima" que no se da en las otras comunas, donde ahí tienen el trabajo minero, es donde van estar comunidades. Entonces todo esto hacía muy necesario, y estaban las facilidades para implementarlo ahí.” (M, Médico, Santiago)*

*“Además Melipilla tiene el hospital de Melipilla, donde lamentablemente han habido situaciones, bueno yo te hablo de hace 3 años, yo lo veo así, de discriminación en las situaciones de las mujeres embarazadas, y no solamente de la mujer que migra desde otro país, sino con la mujer mapuche, que tienen como otras creencias. Y eso es súper válido, pero esta estructura más institucionalizada desde el mundo de salud, el mundo matronil, el mundo ginecológico de obstetricia muchas veces no da la cabida a la apertura de la diversidad cultural de sus usuarias. Entonces ahí había casos donde eran francamente discriminadas por sus maneras de criar, entonces todo ese escenario hizo de que no se pudo no mirar Melipilla.” (M, Médico, Santiago)*

*“Pero sí en la parte práctica se ve que hay una colaboración interna, porque yo sé por ejemplo que si el referente tiene a su facilitador en Talagante pero se comunican por interno con la comuna, necesitan la traducción en algo, necesitan orientación, porque como comparten el territorio, comparten las casas de acogida en violencia, justicia, educación, entonces ahí se va traspasando esta ayuda. Entonces igual impacta cuando se traspasa el programa porque se incentiva a que se desarrolle la temática, y eso naturalmente lo que yo he visto es que chorrea un poco a las otras comunas.” (M, Médico, Santiago)*

### ***Acciones o acontecimientos previos a la implementación del programa***

Como se esboza en el apartado anterior, en las comunas donde se implementó el programa -Quinta Normal y Melipilla-, se venían desarrollando acciones y trabajos relacionados con la diversidad cultural del territorio y las necesidades que surgían desde las particularidades de los individuos o grupos. Así, en Quintal Normal comenzaron trabajando desde el año 2012 con el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, el cual dio paso a la implementación de un programa de migrantes durante el año 2015 dada las similitudes con el programa de pueblos indígenas.

Un aspecto que se resalta de ese trabajo es que permitió a los profesionales realizar contactos con diversos actores abocados a la temática migrante al desarrollar actividades en conjunto para la comuna. En consecuencia, conectaron con Extranjería, quienes entregaban el Sello Migrante a las municipalidades que realizaran medidas para la inclusión de la población migrante. Así, se llevaron a cabo capacitaciones a funcionarios en conjunto con la Oficina de Migrantes del Municipio. Este valioso trabajo, que permitió una amplia coordinación en red entre comunas y con extranjería, con el tiempo se desarticuló y dejó de funcionar.

*“Lo que pasa es que nosotros acá en la comuna (Quinta Normal) estábamos desde el 2012 partimos con el PESPI primero, el programa del Pueblos indígenas y yo me hice cargo de ese programa desde el 2015, y en ese momento el director de salud me dejó- como había tenido ese programa me dejó el programa de migrantes, que tenía ciertas similitudes en sus temas el 2015. Y ahí empecé a hacer redes porque en verdad no había mucho, a raíz de que empezó a llegar mucha población acá a la comuna, entonces había que empezar a hacerse cargo del tema. Entonces como en ese momento no había programa en el Servicio, me fui conectando con una red que tenía Extranjería.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Entonces ahí estuvimos armando y empezamos a generar algunas actividades aquí en la comuna a raíz de que en esa época extranjería estaba con el tema del Sello Migrante, entonces había ciertas cosas que pedía el Sello Migrante, por ejemplo, capacitaciones a los funcionarios. Entonces nosotros empezamos a liderar ese trabajo acá en la comuna junto con la Oficina de Migrantes del Municipio. [...] Lamentablemente esa red con Extranjería se disolvió hace cuatro años, esa red dejó de funcionar. Hubo cambio de funcionarios que ya no siguieron con la misma metodología entonces se desarticuló toda esa red y la verdad es que eso ha sido una pérdida bastante importante, porque nos permitía tener acceso a mucha información, a muchas coordinaciones con otras comunas, con la misma Extranjería.” (M, asistente social, QN-1)*

Además de la implementación de las acciones descritas, en la comuna de Quinta Normal comenzaron actividades por iniciativa propia de diversos actores sociales. Detectaron que había una importante falta de información sobre la población migrante de la comuna, por lo que empezaron ferias de servicio y crearon material de difusión respecto a la normativa migrante y a la atención en salud a la cual tienen derecho. En conjunto con las capacitaciones que realizaban a funcionarios, también desarrollaron procesos de sensibilización dado el desconocimiento que existía en el centro de atención en torno a la temática migratoria, lo que generaba problemas en la calidad de la atención y a su vez, barreras para la atención.

*“Nosotros empezamos a hacer muchas acciones por nuestra cuenta. Con el municipio hicimos ferias de servicio, de información, empezamos a hacer materiales, empezamos a hacer difusión porque había un desconocimiento total de la normativa migrante. Entonces nadie tenía idea de los documentos que señalaban por ejemplo la atención a las embarazadas, a los niños, nada.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Desde el principio, una de las primeras acciones que tomamos fue el tema de información y capacitación, o más que capacitación, de sensibilización porque igual eran un tema nuevo, había mucho desconocimiento. Muchas barreras para atención y también muchos temas de la calidad de la atención, que son objetivos del programa, tenían mucho que ver con desinformación de los funcionarios, con prejuicios de las propias personas. Entonces... nosotros nos enfocamos harto en esa*

*área, hicimos muchas capacitaciones (...) y fuimos viendo un cambio positivo en funcionarios, funcionarios que igual eran resistentes al tema después ya logramos como...sacar un poco esas barreras (...).” (M, asistente social, QN-1)*

Por su lado, en **Melipilla** la organización Caritas fue la principal institución que realizaba acciones y trabajos de vinculación con la población migrante previo a la implementación del Programa. Dentro de las acciones que desarrollaban se encuentra la entrega de comida y vincular a la población migrante con otras organizaciones como el INCAMI, quienes asesoran a las personas para regular su situación migratoria. Así, iban atendiendo según sus capacidades, las necesidades que presentaba la población migrante. Una acción relevante que se ejecutó desde Caritas fue la creación de la Mesa Migrante de Melipilla (MEMIM), la cual comenzó trabajando con la población migrante en conjunto con instituciones como la Iglesia, Policía de Investigaciones, Departamento de Extranjería y Migración (DEM), Carabineros, Impuestos Internos, Dirección del Trabajo, funcionarios del Hospital, entre otros. En aquella mesa se conversaba cómo, de manera articulada entre las distintas instituciones, se podían tratar las problemáticas que se presentaban en la población migrante. Esta mesa tuvo un buen funcionamiento hasta antes de la pandemia, luego de la pandemia comenzó a desarticularse.

*“El departamento de Caritas Melipilla, hace un trabajo de vinculación con la población migrante. Tienen un programa, bueno nosotros le llamamos programa, pero ellos como iglesia le llaman la Pastoral de Movilidad Humana. Entonces se preocupan de estar sensible de las necesidades que tiene la población, obviamente no cubren todo, pero ayudan con la entrega de alimentos por ejemplo, establecer contactos con Incami (que es la agrupación jesuita que asesora a las personas migrantes para lograr sus regularizaciones migratorias). Ellos hacen eso, de hecho, en esa capacitación nosotros los invitamos también, porque me parecía que había que reconocerles el trabajo que están haciendo hace mucho más tiempo que nosotros obviamente. Pero salvo ellos, fíjate que no hay nada más.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“Los pioneros acá son CARITAS ¿ya? El hecho de que logró hacer una mesa donde estaba una dirigente que es boliviana, empezaron a llegar venezolanos también, se formó la Mesa de Migrantes MEMIM, en ese tiempo, cuando se estaban acercando instituciones, ya sea PDI, Extranjería, Carabineros también participaba, impuestos internos, la dirección del trabajo, había también algunos funcionarios del Hospital...Donde se planteaban las necesidades de los migrantes, en qué podríamos ayudar nosotros y unirnos también como instituciones para poder hacer las gestiones y derivaciones correspondientes. Tratar de hacer ameno el proceso, ya sea el proceso migratorio, o tanto ayudarlos, orientarlos, acercar también a los centros de salud, que perdieran el miedo los migrantes a acercarse a consultar.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“Ellos tenían una intersectorial, estaba la iglesia, estaba la sociedad civil, estaba el DEM [Departamento de Extranjería y Migración] que tenía una oficina en Melipilla, estaba salud, educación, el municipio, era una mesa muy amplia, y ellos funcionaba muy bien... prepandemia, postpandemia decayó el trabajo.” (M, médico, Santiago)*

Otros aspectos que destacan los entrevistados sobre la MEMIM y la articulación local que lograron, es la formación y sensibilización que se entregaba a los funcionarios. Se comenta sobre el trabajo que hacía un abogado del DEM de capacitar a sus funcionarios, como también a funcionarios del área de la salud. Los entrevistados identifican que las primeras consultas que realizan los migrantes es en los centros de salud, por lo que aquellas capacitaciones eran relevantes al formar a los funcionarios y referentes respecto a qué

información entregar y a dónde derivar a las personas. Además de las acciones mencionadas, la MEMIM ayudaba a la población migrante a conseguir trabajo, mediante la creación de una bolsa de trabajo donde distintas empresas hacían ofertas.

*“Aparte que en Melipilla DEM antes tenía su oficina en la Gobernación de Melipilla, entonces ahí tenían un abogado que es súper clever en los temas de migración, hace unas charlas como casi motivacionales y aparte informativas, entonces capacitabas a sus funcionarios en educación y en salud y los tenía súper alineados. Porque donde muchas veces pasa que salud pasa a ser el primer lugar a donde la persona que migra consulta, y va a hacer consultas sobre visas, sobre residencias, entonces qué información le entrega el referente ahí es donde tiene que sacar alianza local, y esa alianza local estaba en Melipilla.” (M, médico, Santiago)*

*“En la Mesa de MEMIM, había (...) una bolsa de trabajo, entonces las empresas se acercaban a ofrecer no sé (...) tengo 100 puestos laborales para migrantes, entonces llegaban a la catedral, se hacían operativos donde iban a buscar currículum, y la gente iba a dejar su CV para ingresar, para postular.” (M, trabajadora social, ME-2)*

## Condiciones de vida de la población migrante

### Sectores urbanos

Las condiciones de vida de los migrantes dentro de las comunas, también constituyó un factor relevante para la implementación del Programa. Sobre las condiciones de la población migrante en sectores urbanos de **Quinta Normal**, los entrevistados describen que en general, la comuna tiene una población muy envejecida, donde ha ido llegando una gran cantidad de población migrante. Observan que se han asentado varios campamentos y tomas de familias migrantes, quienes viven en condiciones precarias y de hacinamiento. Los entrevistados señalan que estas condiciones de vida complejizan el trabajo de los profesionales de la salud, en tanto las personas no pueden cumplir ciertas recomendaciones de cuidado, por ejemplo, el distanciamiento o cuarentena por la pandemia de COVID-19.

*“En cuanto a la comuna, es una comuna bastante envejecida. Se ha visualizado en distintos sectores de la comuna campamentos donde se ha generalizado por familias migrantes. Está el campamento La Cruz, está el campamento El Melón, y otras tomas que uno puede ir visualizando en la medida en que sale a terreno. Viven en condiciones de hacinamiento, en condiciones bastante precarias.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Y en cuanto a la población acá, es común ver que una familia de migrantes, ellos les dan asilo a los familiares o a los amigos para que lleguen. Y eso cambia las condiciones habitacionales, eso también cambia la condición económica, los recursos con los cuales ellos cuentan como familia.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Para nuestros usuarios, algo tan básico como hacer la cuarentena o aislarse en un dormitorio y no ser contacto estrecho del otro, la realidad de nuestros usuarios no es así. No cuentan con una habitación para poder aislarse, a veces comparten habitaciones y viven en situación de hacinamiento (...) Entonces ahí el trabajo que se tiene por parte del equipo y no sólo la facilitadora a veces es un*

*poquito más complejo porque no tenemos soluciones antes esas situaciones y problemas, no pasan directamente por nuestro equipo de salud.” (M, trabajadora social, QN-6)*

A su vez, identifican una serie de elementos que consideran actúan como barreras para la incorporación de la población migrante. Uno de los principales problemas que plantean, es la dificultad para conseguir visa definitiva. Comentan que, cuando las personas quedan sin RUT enfrentan mayores problemas para conseguir trabajo y acceder a servicios básicos, como los bancos. Otra dificultad importante es el idioma en el caso de migrantes que no hablan español, en quienes incrementan los problemas para acceder a los servicios de salud dado que no logran acceder a información sobre estos.

*“Pero ahora es demasiado difícil conseguir una visa (...) el problema es la cuestión de la visa. Porque no pueden trabajar sin la visa (...) vivir sin RUT en Chile es la peor cosa, es como un combo infinito. Es la peor cosa que te puede pasar porque no tienes acceso a los bancos, no puedes trabajar, y si estás trabajando tienes que hacerlo de manera escondida porque violas la ley del país. Si te encuentra la persona de la inspección del trabajo te va a multar una cantidad de plata que es bien alta, que ni siquiera vas a poder pagarla porque no estás trabajando, entonces los negocios o las empresas no quieren contratar a las personas por las visas. Ese cambio de ley desde que empezó el presidente Piñera, ahí empezó el caos.” (M, psicóloga, QN-3)*

*“El idioma en algunos casos es una barrera bastante crítica, tanto para el Servicio de salud como para el mismo usuario. Que a veces por la misma problemática idiomática, esa brecha que existe en este minuto acá, no tienen todos los conocimiento o la información para poder acercarse, inscribirse. (...) Y eso es lo que tú más visualizas en el diario vivir cuando salimos a los terrenos: la desinformación por problemas de idioma.” (M, trabajadora social, QN-6)*

Los entrevistados también entregan observaciones diferenciadas sobre las condiciones de vida de los migrantes según su nacionalidad. Respecto a la población **haitiana**, reconocen que tienen altos niveles de vulnerabilidad y que, en comparación con otras poblaciones migrantes, son quienes se encuentran más vulnerables. Señalan que viven en graves condiciones de hacinamiento y con un elevado riesgo social. En esta población, indican que la barrera idiomática es importante, donde además se produce una diferencia de género: las mujeres haitianas no aprenden español, ya que son los hombres quienes hablan y se comunican con los actores de cualquier institución con la que deban relacionarse. Esto se ve empeorado en el caso de migrantes que recién ingresan a Chile y llegan a urgencias y no pueden comunicarse, ya que no tienen quién les traduzca.

*“La población haitiana obviamente es mucho más vulnerable, mucho más vulnerable. Viven de verdad en condiciones de hacinamiento, son de alto riesgo social, alto, alto, alto...es complejo, es complejo. Ha disminuido el flujo de inscripción de la población haitiana y el 9,8% de la población extranjera es de nacionalidad haitiana.” (M, enfermera, QN-2)*

*“La mujer haitiana todavía no es de las que aprende español, es el hombre el que habla. Bueno, es una sociedad machista lamentablemente, pero bueno todo tendrá que mejorar más adelante, esperemos.” (M, enfermera, QN-2)*

*“(...) para las situaciones que llegan de urgencia, vemos a veces que hay usuarios que, porque no manejan el idioma, no tienen la comprensión, conocen ciertas palabras, pero es porque vienen recién llegando. Entonces si bien anteriormente hubo una gran cantidad de población que pudo llegar, en este caso haitianos, algunos sí hablaban en inglés, podían dar alguna u otra información, otros sí*

*hablaban el castellano, entonces se apoyaban entre ellos mismos. Pero ahora, en la urgencia, por ejemplo, es mucho más complejo tener esa traducción. En ese caso es más engorroso.” (M, trabajadora social, QN-6)*

Además de la población haitiana, comentan sobre la población **venezolana**, la cual caracterizan como una de las migraciones con mayor presencia, en particular de población joven. Observan que llegan con diversos problemas sociales, a lo cual se suman consecuencias derivadas de ingresos traumáticos al país por pasos no habilitados por el desierto. Estos son de carácter tanto físico, como por ejemplo amputaciones, hasta problemas de salud mental. En situaciones graves, como la que relata una entrevistada sobre una familia que cruzó el desierto y algunos miembros sufrieron amputaciones, los profesionales de la salud debieron ayudarlos a asentarse y conseguir alojamiento. Así, se observa el importante rol que cumplen quienes trabajan en los centros de salud, atendiendo necesidades que van más allá de las relacionadas con su labor de profesionales de la salud.

*“Quinta Normal tradicionalmente ha sido una comuna mayor, una comuna vieja, poblacionalmente. Sin embargo, acá cerca de nuestro centro y cerca del otro CESFAM (...) ahí ha llegado mucha población joven y dentro de esa población joven destaca la población migrante. Entonces ahora vemos más migrante venezolano y colombiano... haitianos y peruanos, yo te diría que es como en esa proporción.” (M, matrona, QN-5)*

*“Nos han llegado venezolanos que han ingresado con muchos, muchos, muchos problemas sociales, de hecho, gente que ha tenido que atravesar los pasos que hay allá en el norte...Tuvimos una familia que nos marcó mucho, porque llegó la mamá sin un pie porque se quemó con el frío, el hijo sin un pie, o sea por lo tanto con unos problemas de salud mental terribles. Y tuvimos que buscarles un lugar donde vivir, buscarles de todo.” (M, enfermera, QN-2)*

En **Melipilla**, los entrevistados describen situaciones de vivienda similares a las descritas en Quinta Normal. En particular, acusan situaciones irregulares de vivienda, donde los arrendatarios construyen piezas pequeñas y con materiales ligeros para alojar a varias personas, a quienes les cobran individualmente precios que no corresponden con la calidad de vivienda que se les ofrece. Así, se denuncian situaciones de abuso y discriminación hacia la población migrante, en un contexto donde no existe regulación y control por parte de las autoridades. A su vez, señalan que no hay disponibilidad de arriendo en la comuna, lo cual complejiza aún más la habitabilidad. Se suman las condiciones inestables de trabajo, ya que gran parte de la población migrante trabaja como temporero, por lo que los pagos son al día.

*“En los arriendos, por ejemplo, allá se ve mucha casa, mucha pieza armada de manera súper irregular, con materiales súper ligeros, terriblemente ligeros [...] Entonces eso es una forma de presión encuentro yo, de abuso, de discriminación. La gente está viviendo en una pieza de 2x2 con dos camarotes, 4 personas, a cada uno le cobran 60mil pesos, o sea 240mil pesos por la habitación digamos. (...) Parece como una oportunidad para que la persona llegue a vivir, pero de alguna forma es un hecho discriminatorio porque no está regulado, son abusivos, la autoridad no se involucra.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Y así los arriendos en sí ya no hay acá en Melipilla, para cualquier persona, ya sea migrante o chileno, pareja que recién empieza su vida de pareja ¡no encuentra un arriendo! Yo creo que ese es el mayor problema un poco. Y también a veces el trabajo inestable. Porque en los trabajos de*

*temporada muchas veces no son con contratos, entonces son así de palabra, y les pagan al día, y no siempre salen en la semana a trabajar.” (M, trabajadora social, me-2)*

*“Lo que tenemos es problema de las casas, faltan casas, hay mucha gente que está buscando casa para vivir, ese es el problema, pero no es grave, eso no más. Sí, porque hay trabajo, hay trabajo en el campo y nosotros inmigrante no tenemos ningún problema para trabajar en cualquier cosa.” (M, TENS, ME-4)*

En el caso de **comunidades que no tienen el Programa**, como **Lo Prado**, se identifican los mismos problemas de condiciones de vida que en las comunas anteriores. Comentan que hubo una “explosión de pacientes extranjeros”, lo que ha ido cambiando el “perfil” de paciente extranjero de la comuna que compartía ciertas características ya que correspondían principalmente a población **peruana**. Esta población la caracterizan como menor en número en relación a las nuevas poblaciones que han ido llegando -como la haitiana y venezolana- y también como una migración estable, es decir, mantienen su residencia en una comuna a lo largo del tiempo. Igualmente, especifican que, a diferencia de las migraciones haitianas y venezolanas que suelen ser de personas jóvenes, en la migración peruana llegó bastante adulto mayor en condiciones muy precarias. Esto se diferencia de los adultos mayores que han llegado con la población venezolana, quienes en general cuentan con mejores condiciones de vida al ser una población donde hay más profesionales.

*“Lo primero más relevante es que tuvimos una explosión de pacientes extranjeros, en Lo Prado porque estamos muy cerquita de Estación Central, donde se congrega gran parte de pacientes extranjeros por los terminales de buses (...) teníamos siempre una población migrante principalmente peruana acá en la comuna, además que reúnen ciertos perfiles o características similares, pero luego empezaron a llegar muchos haitianos, y últimamente muchos venezolanos.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“La población venezolana en general es bastante joven, es como la población haitiana, me imagino que, por un tema de cercanía, en general las familias peruanas logran venirse con sus familias más adultas. (...) Tienen adultos mayores muy precarizados, sin ingresos, sin posibilidad de trabajo, con varias patologías de base. Entonces adultos mayores, por ejemplo, haitianos... no es una población que yo tenga identificada en atención, probablemente porque están migrando más jóvenes. Pero venezolano llega un poquito más de adulto mayor porque en general la población venezolana está como bien calificada, tiene hartos años de estudio, hay varios que son profesionales que (...) tenían estilos de vida acomodado o de clase media en su país, antes de la crisis y todo eso.” (M, trabajadora social, LP-3)*

En torno al aumento de población haitiana y venezolana, los entrevistados señalan una importante prevalencia de problemas de salud mental, lo que requiere que los profesionales de la salud dediquen tiempo a conversar con los pacientes y conocer qué les sucede. Se comenta que en varias ocasiones la población migrante se comporta de manera agresiva con los funcionarios y profesionales de la salud por miedo. En particular sobre la población haitiana, observan que las principales dificultades a las cuales se han enfrentado en la atención son la barrera idiomática y las prácticas “machistas” de dicha población. Se vuelve a comentar que la mujer haitiana no habla español, lo que actúa como una importante barrera y, además, han presenciado situaciones de violencia de género en parejas haitianas.

*“Y en general he visto que llegan bastante vulnerable en temas de salud mental, sí. Independiente si no están con patologías de salud mental, generalmente yo lo noto cuando hay cierto nivel de*

*agresividad en el discurso con el funcionario, pero en la medida que tú vas desmenuzando, no es que la persona esté agresiva, sino que son barreras que ellos tienen como de protección de que un otro me vaya a dañar. Esa barrera cae después que tú conversas con ellos un rato.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Lo más complejo para nosotros fue el idioma con los pacientes haitianos, y los temas culturales con ellos, principalmente el tema del machismo. Porque en general la paciente haitiana consultaba solamente por embarazo, y la característica generalizada era que no hablaban el idioma pese a llevar al menos un año acá. Y ahí nos fuimos dando cuenta que en realidad tienen una estructura súper marcada en cuanto a que es el hombre el que se relaciona con las instituciones, ella acude a los centros de salud, pero hay muchas que al parecer son muy distintas en su país entonces no siempre se desenvuelven acá como uno esperaría.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Ahí empezamos a identificar que los hombres [haitianos] hablaban un poco más de español, que eran muy machistas, incluso tocó a las matronas en algunos momentos de tener situaciones donde estaban casi al borde de los golpes con sus parejas incluso frente a las matronas- eso nos llamó mucho la atención en un principio.” (M, enfermera, LP-5)*

A su vez, al igual que en las comunas de Quinta Normal y Melipilla, indican que la población haitiana vive en condiciones de hacinamiento, donde han presenciado una gran vulnerabilidad en particular de mujeres embarazadas; se encontraban durmiendo en el suelo, con déficit de ropa y alimentos. Frente a esto, los profesionales de los centros de salud trataron de suplir las necesidades de las mujeres. Comentan que uno de los principales problemas es el tipo de trabajo que realizan, al ser un trabajo informal y sin contrato. Por lo mismo, es una población que tiende a desplazarse y cambiar su residencia dentro de la misma comuna o entre comunas, lo que trae como consecuencia una pérdida de contacto y de seguimiento de los pacientes.

*“Teníamos embarazadas durmiendo en el suelo, el tema de donación de ropa que era algo interno que realizábamos nosotros acá, la derivación por caja de mercadería muchísimas veces - sobre todo la población haitiana un período antes del estallido social, donde llegaba mucha paciente con pérdida de conciencia y finalmente era porque no se habían alimentado en días. El tema de las necesidades que tienen ellos en nuestras poblaciones... son hartos. En estas comunas por lo menos, porque los extranjeros que vienen acá, en general entran con visa de turismo y se desempeñan en trabajos informales, hay muy pocos extranjeros que están con trabajo formal con contrato.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Y después las condiciones de vida, los haitianos viven muy hacinados. Es la población más grande que tenemos probablemente dentro de la comuna. En una casa se hacían muchas piezas y se empezaban a subarrendar. Y ese es el principal conflicto con los haitianos, que viven muy hacinados. Sus principales consultas son por temas de embarazo. Y se mueven mucho, cuando logras hacer un vínculo ya se cambió de casa y a veces no los vuelves a ubicar.” (M, enfermera, LP-5)*

De igual forma, dan cuenta que la población venezolana, al ser más reciente, también presenta un alto desplazamiento entre comunas e incluso, suelen volver a su país. Una de las principales características que mencionan sobre esta población, y que afecta enormemente sus condiciones de vida, es el hecho de que llegan indocumentados y sin información sobre antecedentes médicos, sobre todo señalan esquemas de vacunación incompletos. Debido a que es una gran cantidad de personas sin documentos

regularizados, sin aquello no pueden acceder a beneficios de las municipalidades ni atender necesidades básicas fuera de las de salud, por lo que quedan en una situación de mayor vulnerabilidad.

*“Tenemos hartos que son venezolanos, ellos están como recién estableciéndose, se mueven también. Nos pasa que de repente hasta se devuelven a su país, no sólo se mueven dentro de la comuna o en otras comunas, que es como la principal dificultad en general, que no puedes hacer seguimiento (...) en el fondo es esa sensación de procesos inconclusos, no logramos llegar a puerto con temas que son importantes, el desarrollo psicomotor, sobre todo en pandemia donde hemos visto mayor déficit, o el tema de las vacunas como te comentaba que llegan con muchos esquemas incompletos, muchos llegan sin documentos.” (M, enfermera, LP-5)*

*“Los venezolanos principalmente llegan indocumentados, que atravesaron a la mala, que no te quieren contar porque tienen miedo, entonces eso igual han sido barreras, que llegan sin nada, llegan sin un carné de vacuna, no tenemos antecedentes.” (M, enfermera, LP-5)*

*“Lo otro es el tema de la regularización de los documentos, porque si no tienen documentos, aunque la municipalidad tenga un beneficio, ellos no se pueden beneficiar de eso, así que como veo las necesidades, lo primero era el idioma, sacando eso quedamos con la regularización. Si uno no tiene su carnet chileno no se puede hacer nada. No se puede acudir a beneficios, no se puede hacer una cuenta RUT, no se puede participar en nada, solamente en el consultorio que se presenta un RUT provisorio para que se puedan atender, eso solamente. Eso lo veo como necesidad primordial.” (M, administrativa, LP-2)*

#### Sectores rurales

En los sectores rurales de las comunas, las características sobre las condiciones de vida descritas por los entrevistados son las mismas que en los sectores urbanos. Destacan las malas condiciones de habitabilidad y la percepción de que existe abuso por parte de los arrendatarios y explotación desde los empleadores que llevan a migrantes a trabajar como temporeros sin contrato de trabajo.

*“La verdad es que hay mucha población migrante en el territorio rural del consultorio Boris, también en territorio urbano, y que las características son muy parecidas: viven en habitaciones de 3 por 3, no una persona, sino que 4 personas, muchas familias también en las mismas condiciones, sin agua caliente para la ducha, agua potable de la red que llega a las casas, porque la gente, me mi imagino que en otros lugares del país también, empezó a habilitar las casas que tenían para darles formatos como residenciales, pero muy precarias. Entonces ahí la gente está pagando, cuánto, ¿\$100.000 por una pieza? Y si son cuatro, son \$400.000 porque les cobran por personas, o sea los valores van acá en Melipilla desde los \$70.000 por persona en una pieza, hasta los \$100.000, que es lo que he visto que más han cobrado.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“(…) Que trabajaban en el campo de manera...cómo decirlo, sin contratos de trabajo, que les pagan aproximadamente en 15 a 25mil pesos el día. Los traslados son a partir de contratistas que los llevan a trabajar y que los traen de vuelta, salen muy temprano en la madrugada, a las 4 de la mañana para llegar a los lugares donde tienen que trabajar, y salen más o menos como a las 4 de la tarde, eso es como lo que uno ve.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Pero, en definitiva, y así como hacer la síntesis de lo que te cuento, la verdad es que nos dimos cuenta de una situación de mucha precariedad, y de mucha explotación a partir de lo que no se dice. Porque cuando va a trabajar al campo le va a trabajar a un dueño de fundo, llega al contratista, los contratistas llevan a trabajar a las personas sin contrato de trabajo, por aquí hay gente del empresariado que se está beneficiando de la pobreza y de la precariedad de las condiciones laborales de las personas que van a esos fundos a trabajar.” (H, trabajador social, ME-1)*

Por otro lado, se describe que gran parte de la población migrante de las zonas rurales de Melipilla, son de nacionalidad boliviana quechua. Debido a que la mayoría no habla español, se producen dificultades en torno a la comunicación tanto en los centros asistenciales como en el ámbito laboral. Identifican que se producen situaciones de abuso hacia esta población, lo cual es calificado por un entrevistado como trata de personas. Se comenta que llevan población quechua que habla poco español a trabajar por temporadas, en condiciones precarias de vivienda, en un contexto de ilegalidad. Esto también produjo dificultades en torno a los protocolos de cuidado por COVID-19 y de trazabilidad, ya que las personas contagiadas no hacían cuarentena, al tener que trabajar por pagos al día.

*“De hecho acá en Melipilla, y lo que me toca revisar a mí es fundamentalmente población boliviana, lo que más veo, yo creo que del 100% de personas que atiendo, no sé 80% deben ser personas de nacionalidad boliviana. Y claro, me ha tocado que en algunas atenciones he quedado en jaque porque no he entendido, o no nos hemos entendido, y ahí la estrategia ha sido ‘traiga a alguna persona que le pueda ayudar’, y ahí llegan acompañados.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“[...] Se da mucho la trata de personas. Porque aquí, en los fundos alrededor traen a bolivianos quechua, que hablan poco español, los traen a trabajar, ellos trabajan una temporada, les prometen condiciones de vida pero no, los encierran, los hacinan en un sector. Y claro po, a ellos no les pagas contribuciones, no les pagan salud, nada, están ilegales. Y se da mucho, mucho, mucho, por acá. He escuchado de Curacaví, de María Pinto, San Pedro, que son las comunas de alrededor de acá.” (M, médico, ME-5)*

*“Y claro, les pagan en el día. Nos pasó que tuvimos un problema sanitario respecto a eso al principio de la pandemia. Nosotros teníamos identificado como COVID positivo al principio de la pandemia a grupos de migrantes, pero con suerte tenían el pasaporte y uno los iba a ver y no estaban, salían a trabajar igual, entonces nunca se concretó realmente la trazabilidad, pasó mucho con esa población particular. Pero bueno, uno también tiene que ponerse en los zapatos de ellos, si no trabajan no comen, si trabajan al día, les pagan por saco.” (M, médico, ME-5)*

A lo anterior, se suma la alta movilidad de esta población migrante rural, lo que aumenta la inasistencia a los controles de salud por parte de este grupo y dificulta el seguimiento de los pacientes. En palabras de una matrona:

*“[...] Influye ahí el tema de la ruralidad, del tema flotante desde el punto de vista laboral, entonces hoy le hacemos una visita, en dos semanas más está viviendo en otra casa y en dos semanas más está viviendo en otra región. Y cuando uno trata de contactarlos es como “no, vuelvo en un mes más a Melipilla” y ahí uno vuelve a retomar. Entonces en esa estructura de cumplir controles dificulta; porque generalmente tiende a presentar más inasistencia en los controles de salud.” (M, matrona, ME-3)*

En los sectores rurales de las comunas sin el programa, como Curacaví, se repiten las características y condiciones generales de vida de la población migrante que se han ido señalando. Los entrevistados coinciden en que hay una mayor presencia de población haitiana, luego venezolana y en menor cantidad, población peruana. También trabajan principalmente como temporeros y en condiciones precarias de vivienda. Sin embargo, los entrevistados relatan que la atención a personas extranjeras ha ido disminuyendo debido a que se han ido del sector los migrantes que comenzaron a tener un mejor manejo del español, en búsqueda de mejores condiciones de vida. Igualmente, una gran cantidad de migrantes haitianos dejaron el país en los llamados vuelos humanitarios dado que se encontraban sin trabajo. Observan que, los que quedaron, continuaron trabajando en el campo: quienes cuidan parcelas o terrenos tienen casas donde vivir, mientras otros se encontraban en situaciones más precarias de vivienda, como por ejemplo, viviendo en galpones en situación de hacinamiento.

*“Con población haitiana, acá en la comuna yo lo que más he visto que tenemos son haitianos, venezolanos, peruanos menos, antes sí teníamos en un momento varios peruanos, ahora menos, yo no sé si se habrán de vuelto a su país; lo que más hay en la comuna son venezolanos y haitianos.” (M, trabajadora social, CU-3)*

*“Y bueno así fue como ha ido bajando la atención de las personas extranjeras. Porque antes veíamos, ponte tú, en el día se atendían 20 o 30 personas y ahora se atiende una al día. O sea, se nota que se han ido, han quedado muy pocos [...] los extranjeros que empezaron a hablar muy bien el español y a comprender bien se fueron yendo de acá, porque era por un período de tiempo, porque ellos vienen por una mejor estadía, mejores sueldos y obviamente que ellos van emigrando de Curacaví, ya después no los encontrábamos, cambian muy seguido de celular, entonces una va perdiendo los contactos.” (M, administrativa, CU-2)*

*“Mira, hay mucho temporero, mucha persona que va a trabajar al campo en recolección, hay mucho temporero porque ellos andan mucho en bicicleta, se ve a muchos de ellos en la mañana temprano saliendo y en la tarde regresando.” (M, administrativa, CU-2)*

*“Por lo menos, lo que son los haitianos, se devolvieron a su país en estos vuelos humanitarios. Y era más que nada porque acá obviamente quedaron sin trabajo y la situación en sí no estaba bien. Entonces población haitiana tenemos, pero no tanta como venezolanos. Y los que quedaron efectivamente sí tienen casas, porque como algunos trabajan en el campo cuidando parcelas, o sitios, les pasan un terreno donde vivir. Una vez sí hubo unas personas haitianas que vivían en un...galpón y ahí efectivamente tenían como 30 personas viviendo en ese galpón, pero se notificó. Y se dieron cuenta porque habían salido unos casos activos de COVID, y tuvieron que hacerles visitas. Pero yo creo que, si no hubiera sido por eso, nadie los denuncia tampoco, porque se entendía que tampoco tenían ni techo ni nada dónde vivir.” (M, trabajadora social, CU-3)*

## **Necesidades en salud de la población migrante**

Respecto a las necesidades en salud de la población migrante, en las comunas con Programa identifican principalmente cuatro grandes necesidades: (a) todo lo relacionado a temas materno-infantil, (b) necesidades de salud mental, (c) difusión de información sobre acceso a salud y sobre cambios en los funcionamientos de los centros de atención y, (d) salud sexual y reproductiva. Este último punto aborda las necesidades de los migrantes en cuanto al uso de anticonceptivos, controles de regulación de

fecundidad y educación sobre salud sexual y reproductiva. De manera general, los profesionales destacan ciertas diferencias de género respecto a las necesidades en salud de la población migrante. Por un lado, coinciden en que la población femenina es la que más consulta por los embarazos, mientras que la población masculina escasamente consulta, a menos que esté en una situación de salud grave.

*“Siempre el tema de las embarazadas es un tema, o sea la población que tenemos en control con las matronas creció mucho, entonces el tema materno-infantil es un tema importante para la población infantil. Y el otro que te decía es el de salud mental, porque este período de pandemia que por ejemplo limitó mucho más el viaje a veces a ver familia, o familiares que se enfermaron y están lejos, entonces yo creo que eso ha afectado harto a las personas. (...) Son como los dos temas más importantes. Bueno y el tercero es un tema de siempre estar preocupada de la información, del acceso, porque sí hay muchas personas que no llegan a la atención preventiva, o los controles, o las mismas vacunas por falta de información o porque no entienden, o porque no saben, no saben por qué. Entonces ese sí es un tema, o sea la información hoy en día, toda esta modificación de funciones, de centro, que lo CESFAM atienden solamente unas cosas y otras no, todo eso también ha sido difícil para la población.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Viene harto también la población migrante a solicitar anticonceptivos, como es población joven; las embarazadas, y los controles de regulación de fecundidad que les llamamos nosotros, son los más habituales en la población migrante.” (M, matrona, QN-5)*

*“Y bueno, lo que busca la gente migrante fundamentalmente, acá lo que se ve muy masivamente son los embarazos, las niñas que llegan a trabajar. [...] Entonces llegan por esas razones, los hombres consultan bastante poco, habitualmente tienen que ser algo grave para que un hombre migrante consulte, yo te diría que no sé po, del 100% de personas migrantes que atendemos en este consultorio, el 95% son mujeres y el 5% serán hombres... y tal vez claro, las mamás llegan con sus niños por los Controles del Niño Sano. Pero los hombres adultos la verdad no consultan, o es por algo muy grave de algo que les haya pasado, y se hace todo el procedimiento de atención. En términos de las diferencias de las naciones fíjate que no hay muchas, son las mismas razones, son las mujeres embarazadas las que más consultas, y las mamás con sus niños.” (H, trabajador social, ME-1)*

Profundizando en las necesidades de las mujeres embarazadas, los entrevistados señalan algunas dificultades que enfrentan con esta población. En primera instancia, comentan que varias mujeres ingresan en situación irregular, por lo que llegan tardíamente a los controles de embarazo. Acorde a los profesionales, esto implica diversas complicaciones, ya que varias pacientes llegan con importantes problemas de salud, como diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia o presentan problemas de peso. Sumado a lo anterior, relatan que suelen tener casos de mujeres embarazadas con sífilis o, en el caso de mujeres de nacionalidad boliviana, con la enfermedad de chagas. En todos estos casos, el ingreso tardío a los controles agrava la condición de salud de las pacientes.

*“Otro de los problemas que vemos sobre todo con las migrantes que ingresan en situación irregular, es que ingresan tardíamente a los controles de embarazo. Llegan muchas a los 5 o 6 meses, y vienen obviamente sin documentación muchas veces, no se ha controlado, a veces se han controlado en Perú o Colombia. Entonces han tenido a veces control y traen alguna ecografía, algunos exámenes qué sé yo, pero la mayoría llega sin control. Obviamente a nosotros se nos complica bastante, porque son pacientes que ya llegan con problemas importantes. A veces llegan pacientes con diabetes gestacional, con síndrome hipertensivo del embarazo, o llegan obesas o enflaquecidas, llegan con*

*anemia severa. Diagnosticar eso tan tardíamente en el embarazo es complejo, porque obviamente se pierde tiempo valioso.” (M, matrona, QN-5)*

*“Nos han tocado este año y el año pasado si no me falla la memoria, todos los casos que tuvimos de sífilis embarazadas eran migrantes. Entonces empeora esto si llegan tarde, porque es un tratamiento tardío de las embarazadas. Después a los niños los ingresan de control al poli especializado donde les hacen seguimiento para ver si están con sífilis congénita. Hemos tenido dos casos a la fecha de pacientes boliviana embarazadas que estaban con enfermedad de Chagas. Nosotros partimos con un test de serología de Chagas hace algunos años, si no me falla la memoria, como el 2015 o 2016 creo que partimos, entonces ese test se toma a todas las embarazadas al ingreso.” (M, matrona, QN-5)*

Los profesionales también identifican necesidades particulares según la nacionalidad de los pacientes. En específico se concentran en la población peruana, haitiana y venezolana. Sobre la primera, observan que las necesidades de la población peruana han ido variando a través del tiempo, sin embargo, son caracterizados como una población muy vulnerable. Agregan que son demandantes respecto a la atención en salud, lo que contrasta con la población haitiana, quienes asisten menos a los centros de salud. En torno a la población haitiana, los profesionales indican que el mayor desafío para los centros de salud radica en la diferencia idiomática y en las complicaciones que han tenido con las mujeres embarazadas debido a los ingresos tardíos. Para abordar aquello, los equipos se han apoyado en la figura de los/as facilitadores/as.

*“[...] la población que primero empezó a migrar a nuestro país fue la población **peruana**. Es tanto así que nuestra población de peruanos en nuestro CESFAM representa el 16,6% del total de los inscritos extranjeros. Ahora sus necesidades obviamente han ido variando a través de los tiempos, por lo general son población muy vulnerable, que requiere de la intervención de todo el equipo y del apoyo de las redes, porque tenemos que derivarlos al municipio para que obtengan beneficios, todo lo que significa la red de salud que tenemos implementada en APS. Son usuarios demandantes, ellos siempre solicitan algo, están como...ávidos de ser intervenidos.” (M, enfermera, QN-2)*

*“Después en el tiempo fue cambiando, empezaron a aumentar los ingresos de los usuarios haitianos, lo cual presentó una gran dificultad para los centros de salud porque el manejo del idioma no lo teníamos. O sea, era más que nada con cartillas con dibujos, sobre todo para las embarazadas, porque por lo general, la población haitiana femenina se embarazaba muy prontamente y costaba comunicarnos con ella. También teníamos ingreso, por supuesto, de varones. Entonces nos dificultó mucho el ingreso de la población migrante haitiana, y por eso que se tuvo que implementar la estrategia de los facilitadores. Y es así como en la comuna tenemos 2 facilitadoras, una con 22 horas acá, y otro en el CESFAM Garín.” (M, enfermera, QN-2)*

*“[...] sobre todo con la población haitiana que sus niños tenían mucha tendencia a tener bronquitis, problemas respiratorios, porque el clima acá obviamente es distinto, entonces los llamábamos, los reuníamos, y hacíamos talleres con ellos.” (M, enfermera, QN-2)*

La población venezolana, es caracterizada por los entrevistados como un grupo con un perfil distinto a los otros, ya que han ingresado al país personas con mayor preparación o nivel educacional. En esta línea, son pacientes que conocen sus derechos y los exigen, por lo que son descritos como demandantes en el sentido de que, si saben de una prestación y no se encuentra disponible, reclaman por aquello. De esta forma, señalan que son una población participativa, donde ejemplifican con el grupo de adultos mayores,

quienes se han integrado en los grupos de autoayuda. En consecuencia, evalúan que se han ido incorporando de manera satisfactoria al sistema.

Sobre sus necesidades de salud específicas, identifican que asisten a los centros de salud principalmente por exámenes de control ginecológico como el Papanicolau. Al respecto, se generan tensiones con el personal de salud chileno debido a una diferencia entre el sistema de salud venezolano y el chileno. En Venezuela, debido a que el cáncer cervicouterino es más común, los controles se realizan anualmente, a diferencia de Chile, donde los controles se ejecutan cada tres años.

*“De los extranjeros, tenemos nosotros 7.723 a la fecha, personas extranjeras inscritas en nuestro centro. De ese total el 45,3% son venezolanos. Ahora, el perfil de la población venezolana es completamente distinto, por lo general tenemos usuarios que tienen mucha más preparación, mejor nivel educacional, muchas veces son profesionales. Tienen muy claros cuáles son sus derechos y los exigen. Son...usuarios demandantes ¿en qué sentido? Que, si vienen a una prestación y en ese minuto no está, ellos hacen su reclamo, ellos no se van a quedar callados jamás, siempre te van a exigir, son súper demandantes, no son irrespetuosos. Y yo te diría que son mucho más demandante y conocedores tal vez de sus derechos que nuestra población chilena.” (M, enfermera, QN-2)*

*“Tenemos gente venezolana mayor de 60 años que se ha integrado hasta en los grupos de autoayuda que tenemos nosotros, como en grupo MAS, otros que han querido participar en otras actividades, participan en los talleres. Se han incorporado al sistema, y se han incorporado bien.” (M, enfermera, QN-2)*

*“La paciente venezolana viene mucho al centro a pedir atención del Papanicolau, la citología como le dicen ellas allá. Allá hay una epidemiología distinta, allá el cáncer cervicouterino es mucho más frecuente que en Chile. Por lo tanto, ahí también hemos tenido algunos roces con algunas usuarias que exigen la citología anual, y acá en Chile es cada 3 años. Entonces bueno tratamos de llegar a un acuerdo con las pacientes, una les propone que, si la citología le salió normal, y se lo pueden hacer al año, que vayan al otro sistema y después se lo hacemos nosotras.” (M, matrona, QN-5)*

En las comunas donde no se ha implementado el programa, Lo Prado y Curacaví, identifican necesidades en salud similares a las de las comunas donde sí se implementa el programa. Así, en Lo Prado mencionan nuevamente los controles de embarazo, controles de niños, agregan exámenes por COVID y observan también diferencias según género. Precisan que la población adulta varón es la que menos consulta y que adultos mayores apenas asisten, ya que gran parte de la población migrante es haitiana, colombiana y venezolana está compuesta en su mayoría de personas jóvenes.

Por nacionalidad, los entrevistados nuevamente perciben diferencias en la atención en salud. Sobre la población haitiana, comentan que no se realizan exámenes a menos que estén gravemente enfermos. En consecuencia, las mujeres embarazadas representaron un especial desafío porque no tenían el hábito de realizarse controles, por lo que se les debió enseñar que deben asistir a control una vez al mes. Estas dificultades no se presentaron con la población colombiana y venezolana, quienes llegan con un mayor conocimiento de su salud sexual y reproductiva, por lo que se mantienen al día en sus controles médicos.

*“Control de niño sano, control de embarazo, y lo que ha venido hartito que tiene que ver con la presión del COVID es que han venido bastantes test y la población adulta varón es la que menos consulta. [...] Lo que más tenemos es atención de niños, embarazadas, adultos mayores no han llegado muchos,*

*han llegado sí algunos venezolanos que son los padres de gente que ya está acá.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“O sea yo te puedo hablar como desde mi área, desde lo que yo veo, lo principal son los controles de embarazo. Igual, lo que yo te decía, lo que más tenemos nosotros son haitianos, colombianos y venezolanos, y entre ellos igual hay diferencias. O sea, por ejemplo, los haitianos no están acostumbrados a realizar un control de salud, ellos van cuando están enfermos, entonces en el caso de las embarazadas no tenían como el hábito de atenderse el embarazo. Entonces eso nos costó un montón, que tienen que ir una vez al mes a controlarse, ellas no lo hacían y muchas veces tampoco nos entendían que el próximo control era en un mes más.” (M, matrona, LP-4)*

*“En cambio con venezolanas y colombianas su sistema de salud igual es parecido al nuestro. Entonces ellas sí tienen el hábito de, no sé, toma de Papanicolau, de hacerse las mamografías. Entonces con ellos no nos ha costado tanto, porque ellos vienen a pedir hora, exigen sus controles, están mucho más informados. Pero con las usuarias haitianas cuesta un poco más, pero yo creo que netamente es porque no están acostumbrados.” (M, matrona, LP-4)*

En particular sobre la población venezolana, los profesionales vuelven a destacar la demanda que realizan por sus exámenes, siendo las matronas y medicina general las áreas a las que mayormente asisten. Así, al igual que en las otras comunas, se han enfrentado también a roces con la población femenina ante la exigencia anual del PAP, cuando en Chile se realiza cada tres años. Observan un claro contraste entre las demandas de la población joven, que se concentran en métodos anticonceptivos y temas de embarazo, con la población adulta, quienes consultan más por enfermedades cardiovasculares.

Otras necesidades en salud que describen sobre esta población tienen que ver con las graves condiciones de vulnerabilidad en las que ingresan al país. Indican que las personas llegan bajo peso y con problemas nutricionales, y los niños presentan esquemas incompletos de vacunación. Las mujeres suelen asistir más a los centros de salud, en particular para buscar atención para sus hijos, especialmente en invierno por los resfríos. Por el contrario, los hombres sólo asisten cuando tienen un problema grave de salud.

*“Porque en el caso de las mujeres ellas llegan exigiendo su Papanicolau, exigiendo su mamografía, ellas tienen conocimiento...De hecho, ellas a veces quieren tomar el PAP todos los años y uno tiene que explicarles que no, que acá en Chile en el sistema público no se toma todos los años y se toma cada 3 años.” (M, matrona, LP-4)*

*“Principalmente las atendíamos en lo que era, a las personas jóvenes por temas de embarazo, métodos anticonceptivos, eso es muy demandado por los extranjeros, porque son población joven, y los adultos mayores al igual que los de nuestro país, por temas cardio. Esas eran como las principales demandas, no era tan alto en salud mental, por ejemplo, pero sí en temas de cardiovascular, programas del adulto. Teníamos varios pacientes extranjeros también, al igual que en el Chile Crece y en el programa sexual y reproductivo.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Después empezaron a aparecer más los venezolanos, que venían muy bajo peso, temas nutricionales. Y el tema de salud estaban bien carente, los niños hasta el día de hoy llegan con sus esquemas de vacunación súper incompletos.” (M, enfermera, LP-5)*

*“Medicina general y matrona son las que más demandan. Los hombres no vienen al consultorio fácilmente, tienen que estar muriendo, pero las mujeres vienen a tomar métodos anticonceptivos,*

*viene por embarazo, eso es más corriente. Y las que tienen hijos, siempre en el invierno se resfrían, vienen a tomar hora al médico para que puedan verlo.” (M, administrativa, LP-2)*

En Curacaví, destacan como una de las principales necesidades en salud, o como un aspecto problemático, la desinformación de la población migrante sobre cómo acceder a salud, cómo empezar a atenderse y dónde están ubicados los centros de atención. También la población migrante se acerca principalmente para atenderse con matronas por embarazo, para regulación de fecundidad, atenciones prenatales, atenciones del ciclo femenino, uso del programa de la mujer.

Respecto a los adultos, debido a su trabajo como temporeros y el hecho de que no les conviene recibir licencias, resaltan que asisten más seguido a urgencias para atender sus dolencias o problemas de salud. A su vez, los profesionales mencionan problemas de salud mental en relación a pacientes psiquiátricos para los cuales no han tenido las herramientas para tratarlos, en particular por problemas de diferencias de idioma.

*“El principal problema que siempre sale es la desinformación: no saber acceder a salud, qué se necesita para acceder a salud, el tema de la información (...). Pero el tema para acceso a salud es la información, a ellos les cuesta desde saber dónde estamos ubicados, hasta cómo acceder y empezar a atenderse.” (M, médica, CU-1 M)*

*“No es que lo tengamos en una estadística así mensualmente, que sería lo ideal...Pero eran las atenciones de matrona, cualquier tipo de atención: regulación de fecundidad, atenciones prenatales, atenciones del ciclo femenino, del programa de la mujer. Y atención de Asistente Social, para entrega de información. Niños no hay tanto, hay pero...acá hay más en el ciclo de la mujer.” (M, médica, CU-1 M)*

*“(...) Fíjate, los más adultos, yo le digo a los que están en periodo de trabajo, ellos vienen más a urgencia, porque como son personas que trabajan como temporeros, no manejan el tema de las licencias, entonces ellos vienen a urgencias para pasar el dolor y no quieren faltar a su trabajo. Cuando ya se ven muy mal, que vuelven a recaer ahí recién llegan conmigo a pedirme algún sobrecupo médico. Y ahí ya uno los toma, los lleva, se hacen los exámenes, se hace el seguimiento, pero ahí ya no vuelven más, como que se siente bien y ya chao no vuelven.” (M, administrativa, CU-2)*

*“En el ámbito de salud obviamente el embarazo, el embarazo en las mujeres que es altísimo, pero altísimo, yo creo que fácilmente uno o dos ingresos, deben estar llegando diarios. En hombres lo que hemos visto bastante es el tema de los dolores, no sé si será lumbago, de cintura, puede que sea porque acá también son temporeros, los mandan como a esas funciones, puede ser, no lo sé, de verdad no lo he investigado. [...] Lo otro que hemos tenido también han sido varios temas psiquiátricos, por lo menos dos temas psiquiátricos hemos tenido en la comuna y que no hemos tenido cómo resolverlos. Por el mismo tema de cómo le haces una intervención, o cómo los derivas a psiquiatría con una intervención no voluntaria, siendo que la persona no habla tampoco en español. Ya eso hemos tenido problemas en temas de salud mental.” (M, trabajadora social, CU-3)*

## Procesos de implementación del Programa y grado de logro de objetivos

### Proceso de Implementación del Programa

#### *Pandemia como barrera*

La autoridad entrevistada señala que la pandemia ha actuado como una gran barrera para la implementación del Programa en tanto gran parte de los recursos se destinaron para las vacunas, por lo que prácticamente todo el trabajo del programa quedó detenido durante el 2020. Esto afectó uno de los principales focos del programa, que es el trabajo comunitario. No obstante, se precisa que se continuó trabajando en la gestión de los casos sociales, los cuales son todos aquellos que tienen dificultades en la inscripción, que no se les da registro de nacimiento en el hospital, cuando hay vulneración de derechos y cuando llegan casos por el juzgado de familia. El trabajo con los casos sociales se mantuvo durante la pandemia gracias a una articulación entre todas las comunas.

*“Pero ha sido difícil especialmente ahora en pandemia cuando todo el recurso está en vacunas (...) entonces toda esa reconversión afectó mucho todo lo que es trabajo comunitario (...) entonces lo que se ha seguido trabajando, y eso ha sido transversal en pandemia o no, es la gestión de casos sociales. Casos sociales cuando ellos tienen dificultad en la inscripción, cuando no se les da el registro de nacimiento en el hospital, cuando hay una vulneración de derechos, cuando tienen casos que les llegan por el juzgado de familia. Eso ha seguido exactamente igual y esa es una comunicación que se tienen con todas las comunas, está ahí como el espacio abierto y disponible. Pero no todas tienen la misma necesidad de recurrir a salud porque también tienen sus gestiones locales, lo pueden resolver de otras maneras (...) entonces yo me lo gestiono solo si soy comuna. Entonces hay muchas que yo no me entero.” (M, médico, Santiago)*

*“[...] Después de la pandemia, el inicio de la pandemia el tema que cobró más relevancia fue violencia, fue género, y migración quedó ahí. (...) Toda la programación del año 2020 no se pudo cumplir po. Todas las reuniones que tenía, Fonasa, DEM, con el Servicio Jesuita Migrante, todo eso quedó ahí po.” (M, médico, Santiago)*

En particular, en Quinta Normal el trabajo se vio afectado en el sentido de que se fueron desarticulando las redes de trabajo. Los profesionales comentan que se siguió trabajando acorde a los lineamientos del Programa, no obstante, en desarticulación con la Seremi y el Minsal. Esta falta de redes repercutió negativamente en la llegada de información a los centros de salud, por lo que se menciona un periodo de incertidumbre respecto al trabajo que debían realizar, lo cual se fue resolviendo de manera interna. Entre los trabajos que mantuvieron, se encuentra las capacitaciones a funcionarios, pero de manera acotada. Es decir, realizaron capacitaciones sobre menos temas, con menos horas y con menor cantidad de participantes. Comentan que, ante la llegada constante de nuevos funcionarios, deben estar permanentemente realizando nuevas capacitaciones.

Describen una importante diferencia en torno a la realización de las capacitaciones, ya que previo a la pandemia hacían jornadas de capacitación, que duraban tres mañanas completas y con una asistencia de hasta 35 funcionarios. Esto les permitía tener al menos un 70% de funcionarios capacitados, lo cual ha bajado enormemente por el recambio de profesionales. Además, luego de la pandemia, las capacitaciones han sido mediante cursos virtuales y con pocos participantes.

*“Y bueno, después con todo este tema de la pandemia igual se fueron desarticulando bastante las redes con la Seremi, con el Minsal... Entonces seguimos trabajando en la comuna con el Servicio y con los lineamientos del Programa.” (M, asistente social, QN-1)*

*“(...) Igual hemos seguido haciendo capacitaciones a los funcionarios, pero ya mucho más acotada, con menos temas, con menos horas, con menos participantes, y ha llegado mucho funcionario nuevo, entonces ahí tenemos una tarea de volver a capacitar a todos esos nuevos compañeros que han llegado. Pudimos hacer un curso virtual chiquitito con...7 participantes, entonces no nos ha permitido como... porque las otras eran jornada que hacíamos 3 mañanas completas con 30, o 35 funcionarios, y la dinámica era distinta; entonces nos ha dificultado también estos años. [...] nosotros teníamos por lo menos el 70% de los funcionarios de nuestra red capacitados, ahora ese porcentaje nos ha bajado muchísimo porque hay mucha gente nueva. Pero, así y todo, como están las facilitadoras en los CESFAM igual hay una presencial del tema de alguna forma.” (M, asistente social, QN-1)*

*“En pandemia eso se ha ido dificultado. Antes era mucho más práctico, porque le facilitaban mucho la información, y luego hubo distintas situaciones que fueron truncando esos contactos o comunicaciones, tanto pandemia, tanto los cambios de las direcciones desde el servicio hacia abajo, entonces hubo un período que no hubo muchas cosas muy claras, pero sí nosotros hemos podido a la interna ir solventando esas carencias de los contactos que había antes [...]” (M, trabajadora social, QN-6)*

En **Melipilla**, los profesionales también evalúan que durante el 2020 no pudieron cumplir con los objetivos del programa debido a la reconversión de funciones, por lo que varios grupos de trabajo dejaron de funcionar. Debido al retraso que implicó la pandemia, comentan que la implementación del programa ha ido avanzando lentamente. A su vez, señalan las áreas de trabajo que deben ir recuperando, como la escuela de español que lleva dos años sin funcionar. A pesar de que gran parte del proceso de aplicación del Programa se vio detenido, los entrevistados comentan que un aspecto que mantuvieron durante la pandemia fue la contratación de facilitadoras.

*“Mira no tuvimos mucho... sí conversamos, ella [referente comunal anterior] me entregó un poquito lo que había hecho el año 2020 que para ella igual fue muy frustrante porque no se pudo hacer nada, fue el año de la pandemia más agudo, entonces...lo que ella me entregó como trabajo fue simplemente la contratación de las facilitadoras.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Yo creo que va lento con todo este tema de la pandemia, que ha afectado bastante. Yo creo que más por eso, porque ha estado todo como más estancado, por ejemplo, la escuela de español no está funcionando hace dos años.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Bueno la pandemia fue un caos asistencial, reconversión de funciones... Ahí el trabajo estuvo un poco más congelado en el 2020, en específico porque estos grupos dejaron de funcionar. La facilitadora se mantuvo y ayudó en las funciones propias más asistenciales del CESFAM, los médicos estaban full atenciones, las asistentes sociales pasaron por todo un proceso de reconversión de funciones. Entonces no trabajamos mucho en realidad en el PRAPS en específico. En algún momento se empezó a ver "oh, tenemos que cumplir esto, ya reconvirtamos o hagamos alguna actividad a fin de año" que era ya cuando la pandemia nos permitió decantar un poco los casos del 2020, porque la primera época entre marzo y septiembre fue como un caos.” (M, matrona, ME-3)*

### ***Otras barreras implementación***

Entre otras barreras que informan los entrevistados, se encuentra el hecho de que no existe claridad, desde el MINSAL, sobre protocolo de trabajo específico del referente de migración en las comunas del SSMOCC. En consecuencia, la visión sobre el trabajo del referente cambia por centro de atención y por lo mismo, el Programa se desarrolla de distintas maneras. En este sentido, se reconoce que las estrategias de trabajo no se encuentran unificadas desde el MINSAL.

*“Entonces desde MINSAL no hay una... porque como los servicios son autónomos, no hay una directriz clara a dónde está el referente de migración en el Servicio de Salud. En este servicio está alojado en la Subdirección de Atención Primaria; en otros servicios, por ejemplo, el Central, tiene un referente para Atención Primaria y otro para Hospitales, ahí hay 2 referentes. Entonces la visión de cómo implementarlo en cada Servicio cambia (...) las estrategias no son muy unificadas desde MINSAL.” (M, médico, Santiago)*

En cuanto al trabajo directo con la población migrante, indican como una importante dificultad el constante cambio de residencia o cambio de comuna de los migrantes, lo que dificulta el contacto con los pacientes y también su seguimiento. Sumado a lo anterior, se comenta que en ocasiones entregan números de teléfono o direcciones falsas.

Respecto al funcionamiento de los centros de atención, varios profesionales expresan preocupación por el deficiente funcionamiento del CESFAM Andes de Quinta Normal, donde observan que un alto porcentaje de población tanto migrante como chilena, no accede a prestaciones mínimas. Estos casos son derivados a otros centros, sin embargo, los entrevistados señalan que los centros no dan abasto para hacerse cargo de los pacientes que este CESFAM deriva.

*“Es una barrera o una dificultad, que ellos cambian muchísimo de dirección, nos cuesta una enormidad encontrarlos: cambian domicilio, dan domicilios falsos, dan números de teléfonos que no corresponden. Me ha tocado hacer seguimiento a pacientes con Papanicolau alterados, y no las hemos encontrado por ningún lado. Los números de teléfono que dieron: falsos, la direcciones que dieron: nunca vivieron ahí; entonces nosotros por protocolo GES tenemos que hacer seguimiento telefónico, ir a visita domiciliaria. Y cuando ya no la podemos encontrar, derivamos el caso a nuestra referente del Servicio, para que ella envíe un correo electrónico a la red buscando a la paciente, porque va a llegar algún lado, a alguna comuna. Entonces lo reenvía a todos los Servicios, a todas las ciudades, y así nos vamos. (M, matrona, QN-5)*

*“Entonces qué es lo que nos pasa a nosotros específicamente con el Programa con el Andes, que hay un porcentaje de población de la comuna que no está accediendo a las prestaciones mínimas, y es población que nosotros no podemos hacer intervenciones tampoco. Y ha habido casos sociales complejos que a nosotros nos han llegado por otros lados y que son del Andes, y que desde el municipio incluso escuchas muchos casos que nos llegan desde alcaldía pidiendo apoyo porque la persona no tiene solución...” (M, asistente social, QN-1)*

Un aspecto sobre los funcionarios que los entrevistados califican como una barrera, es la resistencia de algunos a implementar prácticas de atención interculturales. Presentan actitudes xenofóbicas que se manifiestan, según un profesional, de manera cotidiana y “encubierta”. Finalmente, otro elemento que ha impactado negativamente en el desarrollo de la implementación del Programa es la desarticulación del

departamento de extranjería de la gobernación de Melipilla, ya que se perdió un espacio importante de asesoramiento a migrantes sobre aspectos legales que no manejan los profesionales de la salud y que solían derivar a ese lugar.

*“Es fundamental que todos hagan las capacitaciones. Porque de hecho lo que te estaba diciendo es que una de las barreas que yo veo es justamente la resistencia de los funcionarios. Hay muchos funcionarios que todavía, nos pasaba mucho con los pacientes haitianos, que decían ¿y por qué tenemos que aprender nosotros kreyòl? Si ellos están viviendo en Chile, ellos tienen que aprender, y no pocos funcionarios, varios funcionarios. Sobre todo, los administrativos que son fundamentales porque ellos recepcionan a los pacientes.” (M, matrona, QN-5)*

*“(…) una especie de actitud xenófoba cubierta que igual está presente yo creo, pero se declara de otra forma (...) entonces cuando llega una persona migrante que le genera cierto estrés al equipo, el equipo los muestran de una forma "problemática", "no llega a la hora", "impaciente", "vienen a exigir". Y la comunidad lo muestra no sé, cuando van a sacar sus documentos para regularizar, para inscribirse en el consultorio, ya la comunidad le pone una traba que es "tiene que pagar por el certificado antes" los famosos comprobantes de domicilio de las Juntas de Vecinos, entonces hay un hostigamiento pero que está encubierto, yo lo veo como escondido, camuflado, pero que existe.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Pero, una de las cosas que sí fui testigo que fue una situación bien compleja para los que trabajamos en la atención primaria con población migrante es la desarticulación del departamento de Extranjería de la Gobernación de Melipilla. Y cuando uno preguntaba bueno "¿y dónde mandamos a las personas ahora con sus dudas respecto de la regularización migratoria, pago de multas? ¿qué hacemos?", "a Santiago" dicen "a Santiago, todo para Santiago". Y fíjate que eso fue un problema grandote, porque ahí lo que empezamos a pensar fue necesitamos saber nosotros más de lo que sabíamos porque en realidad lo que estaba pasando es que la gente estaba confiando en nosotros, venía a contarnos lo que les pasaba, las necesidades que tenían, y nosotros nos vimos con pocas herramientas. Porque una cosa es tener un programa para sacarse una foto, para sacarse una foto, decir que está haciendo un trabajando intercultural, y decir que está traduciendo; pero otra cosa es que te vengan a preguntar "bueno ¿qué hago yo si necesito regularizar mi situación migratoria?" y que tú no sepas. [...] Entonces ese es un punto que tenemos que mencionar la eliminación del Departamento de Extranjería de la Gobernación Provincial de Melipilla como un hecho que generó un estrés importante a la red que se quedó trabajando con la población migrante y que ya no tenía este socio articulador y de un conocimiento en términos legales amplio y elevado.” (H, trabajador social, ME-1)*

### **Facilitadores implementación**

En cuanto a facilitadores para la implementación del programa, en Quinta Normal resaltan el apoyo de la Dirección de Salud para que los profesionales puedan destinar parte de su jornada a ver la aplicación del Programa. A su vez, destacan las capacitaciones y talleres informativos sobre el Programa, ya que mediante estos espacios han podido aprender y comprender los pasos para la implementación. También, nombran las capacitaciones del idioma kreyòl y de la cultura de la población haitiana, en particular para los profesionales que tenían una atención directa con la población. Otra capacitación que mencionan es el de crianza por el Chile Crece Contigo.

*“Mira lo que nos facilitó mucho la implementación del programa era que teníamos el apoyo de la dirección de salud, tanto del director que estuvo en el momento cuando partimos, como de la directora de ahora. Entonces en ese sentido desde el principio yo tengo horas destinadas para el programa, después dejé- primero dejé media jornada asistencial para ver los dos programas, porque como te digo veo PESPI también. Entonces eso me facilita para poder trabajar.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Por talleres, casi todos los meses teníamos talleres con la Dra. Desde el 2017 empecé a participar en algunos talleres, en todos, el Ministerio de Salud, y lo de la migración... de Extranjería, lo de FONASA, todo eso. Entonces así empecé a aprender y a entender cuáles son los pasos, ahí eso era un gran aporte para entender el trabajo.” (M, psicóloga, QN-3)*

*“Otra cosa que nos facilitó mucho fue las capacitaciones, llegaron un poquito tarde, pero llegaron. La capacitación en kreyòl, capacitaciones en el tema de la cultura de ellos, no fue masivo, pero por lo menos hubo a los profesionales que atendíamos más directo. Por ejemplo, a los matrones- Hubo una capacitación recuerdo, capacitaciones que no fueron así masivas, pero por ejemplo se capacitó a la trabajadora social, una colega y una enfermera, por ejemplo, no me recuerdo si fue un simposio o algo así, de crianza por el Chile Crece Contigo.” (M, matrona, QN-5)*

El trabajo de los/as facilitadores/as es un aspecto destacado por los profesionales en tanto apoyaron en la generación material educativo traducido a otros idiomas, principalmente el kreyòl. Así, en los centros contaban con material traducido de Chile Crece Contigo para embarazadas, para la crianza de niños, sobre cáncer de mama, sobre cáncer cervicouterino, uso de preservativos, entre otros. Otro aspecto que relevan del rol de los/as facilitadores/as, es el aporte que hacen a que los centros de salud sean un espacio más cercano a los usuarios, donde se sientan contenidos. A su vez, su aproximación a los pacientes permite a los profesionales identificar otros requerimientos de salud de la población migrante, como por ejemplo, de salud mental. De esta forma, mediante el trabajo de el/la facilitador/a, los profesionales sienten que se aproximan a una atención más integral.

*“Lo otro que ha sido de harta ayuda es que nuestra facilitadora cultural, junto con una de las trabajadoras sociales, han hecho traducción del material educativo que le entregamos a nuestra población. Entonces tenemos material del Chile Crece Contigo para las embarazadas, para la crianza de los niños, tenemos algunos sobre cáncer de mama, sobre cáncer cervicouterino uso de preservativos. Entonces la folletería tradicional que tenemos, ella la pasan al kreyòl.” (M, matrona, QN-5)*

*“Creo que ayuda mucho contar con este rol la facilitadora, hace que el centro sea más cercano con los usuarios porque ellos se sienten también contenidos en ella, y se ven reflejados un poco con la facilitadora, eso fue algo que nos mencionaron una vez en uno de los diagnósticos. Los migrantes que vienen acá...no sé, se pueden sentir contenidos en las distintas atenciones, a lo mejor vienen por un dolor de cabeza, pero después terminan hablando con un psicólogo porque visualizaron un requerimiento que no tenían identificado en sí. Entonces creo que la integralidad que le podemos dar nosotros a la atención es muy importante para que el otro se sienta contenido y aceptado, esa es otra palabra que también nos mencionaban bastante, la aceptación de ellos, el no cerrar una puerta de inmediato, de frente, el aceptar la realidad de ellos.” (M, trabajadora social, QN-6)*

Entre otros facilitadores, comentan sobre las reuniones que se realizaban con el SSMOCC, donde se daba una instancia de trabajo articulado puesto que iban exponiendo las realidades de cada comuna y se daba a conocer cómo iban implementando el Programa. De estas instancias, se rescataban ideas y experiencias para ir mejorando y modificando la implementación del Programa en cada comuna. A su vez, destacan el hecho de que el referente a nivel del SSMOCC se haya mantenido durante el tiempo.

*“Después se fueron realizando reuniones en el Servicio, podíamos exponer las distintas realidades y conocer las realidades de las otras comunas y conocer las implementaciones que tenían. Y también nosotras que éramos quienes participábamos de esas reuniones íbamos sacando también las experiencias que tenían compañeras en otras zonas para poder ir viendo cómo lo llevábamos nosotros en la práctica, y ver qué podíamos ir variando y modificando.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Y tener un referente a nivel de Servicio, que se haya mantenido en el tiempo, eso es algo que es bastante necesario de mencionar.” (M, trabajadora social, QN-6)*

En Melipilla, se destaca el apoyo del equipo multidisciplinario para la implementación del Programa, entre quienes se distribuyen tareas y se apoyan en distintos eventos. En este sentido, recalcan la importancia del trabajo en equipo para poder llevar a cabo el trabajo que requiere la implementación del Programa, para lo cual es igualmente necesario que los trabajadores cuenten con un horario protegido para trabajar. Por tanto, el apoyo de las jefaturas para modificar las agendas también es un aspecto valorado como un facilitador para cumplir con las actividades necesarias.

*“Ahora se ha visto un cambio, estos dos años que hemos estado participando con este equipo también, donde es multidisciplinario hay mayor apoyo, podemos distribuir tareas, nos apoyamos en los distintos eventos, entonces ha facilitado un poco más el trabajo. Y contamos con la autorización de la jefatura de acá si es que hay que hacer alguna modificación en nuestras agendas, ella nos apoya.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“(…) Desde que ya me dejaron tener como... un horario más protegido que son los días viernes de 14:00 a 16:30, en donde cuento con el apoyo de los chiquillos, del médico, entonces ya podemos entre todos trabajar, plantear ideas, hacer una programación y ahí después nosotros se la planeamos a la jefatura, ya OK y nos apoya. Como que ahora me siento más tranquila con el programa.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“Eso también creo que ha sido importante, que tenemos el horario protegido para poder planificar y hacer cosas.” (M, médico, ME-5)*

También se plantea como un facilitador y una oportunidad de apoyo, los médicos EDF, ya que deben cumplir con cierto puntaje de trabajo comunitario, por lo que aprovechan esto como un apoyo para las actividades que realizan. Igualmente, mencionan el apoyo de médicos que cuentan con un enfoque comunitario. De esta forma, sacan provecho de estas voluntades para dar respuesta a los requerimientos que se van presentando. En palabras de médicos EDF, señalan que llegan con ganas de trabajar con la comunidad, además de que efectivamente les suma puntaje. Sin embargo, se reconoce que no todos los médicos tienen ese interés. En este sentido, también se identifica que influye la iniciativa y voluntad de los profesionales. Por último, comentan como un aspecto importante, el rol de las jefaturas en mantener una mirada general del funcionamiento del centro y de las actividades a realizar.

*“Entonces en esta situación particular, los médicos EDF por promoción, por trabajo comunitario les piden cierto puntaje. Entonces hay una oportunidad ahí que uno tiene que aprovechar para poder hacer este tipo de actividades. Que es súper distinto a lo mejor con un médico que lleva 20 años trabajando en box pedirle que tenga un comunitario cuesta un poco. Pero también depende de las habilidades de cada uno, porque en general, así mismo como hay médicos que tienen un enfoque más comunitario, hay otros que puedan ser un poco más estructurados, entonces ahí dentro de esas habilidades yo le pido armar protocolos, por ejemplo. Y así uno va aprovechando las instancias, para poder ir dando respuesta a los requerimientos que se van dando.” (M, matrona, ME-3)*

*“Digamos yo como recién egresado (...) cuando uno entra siempre está con toda la pila, quieres puro trabajar y todo. Venía con ese chip para poder trabajar con la comunidad y que eso también va sumando puntaje, había tenido el modelo de salud familiar en la universidad, y claro yo creo en el modelo, está súper bien justificado.” (M, médico, ME-5)*

*“(...) yo creo que influye mucho el tema de las iniciativas personales de los chicos. Y por lo menos desde mi rol de dirección del centro intento ser un poco más facilitador de los procesos, más que de ir imponiendo actividades, o que tengamos que ir cumpliendo. Es como “ya, ¿y qué necesitan para hacer esto? Ya, veamos cómo lo podemos hacer.” (M, matrona, ME-3)*

*“Entonces uno tiene desde el rol de director, uno debiese tener una mirada más general del funcionamiento del centro, desde que uno puede ir articulando ciertas actividades, que se cruzan finalmente, para darle cumplimiento a los objetivos. Yo lo veo un poco más desde la mirada de cumplir los objetivos estratégicos desde lo macro, pero en lo operacional, también se pueden ir cruzando actividades.” (M, matrona, ME-3)*

## **Articulación sector salud a nivel interno**

### **Organización trabajo**

En torno a la organización del trabajo del sector salud a nivel interno, los entrevistados enfatizan en que hay una importante diferencia entre el periodo prepandemia y postpandemia. Previo a la pandemia, consideran que el trabajo a nivel interno era más estructurado, ya que solicitaron a cada comuna designar a un referente para armar una red de trabajo. Con esto establecido, desarrollaban reuniones mensuales y se mantenía un trabajo intersectorial. Algunas de las actividades que realizaban para mantener activa la red de trabajo eran seminarios, donde invitaban como expositores a personas de Extranjería, el Ministerios, refugios, entre otros.

En particular, en **Quinta Normal** los entrevistados evalúan que el trabajo de implementación del Programa se dio de manera articulada y coordinada entre todos los actores necesarios. Resaltan la importancia del trabajo en equipo ya que, entre los miembros de la red, se iban resolviendo dudas. Este intercambio resultaba muy provechoso, ya que todos los profesionales se preocupaban de mantenerse informados y actualizados en la información. A su vez, un aspecto que mantenía el trabajo ordenado y articulado es que toda actividad o acción que se fuera a implementar en un centro, debía ser consultado primero con el referente.

*“Y el trabajo que se ha dado acá en el Servicio ha sido muy muy marcado en prepandemia y en postpandemia. En Prepandemia se tenía un trabajo mucho más estructurado: se tenían reuniones mensuales y se tenía un trabajo más fuerte intersectorial.” (M, médico, Santiago)*

*“[...] Y ahí en el Servicio empezamos a armar la red, empezamos a pedir referentes a las comunas, logramos armar una red con la mayoría de las comunas, manteníamos reuniones permanentes, había algunas reuniones que las hacíamos en el Servicio, empezamos a hacerlo tras reuniones en los territorios...Hicimos un seminario en el que participaron 100 o 200 personas, no me acuerdo exactamente cuántas participaron y tuvimos expositores de Extranjería, expositores del Ministerio, de refugios, del tema de trata, todo.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Es que es como un concierto, yo no trabajo sola, trabajo en equipo. Entonces trabajo con mi jefa que es la referente comunal, trabajo con una compañera que es la referente del centro, y yo, trabajamos nosotras tres. A cada duda que tenemos nosotras lo consultamos, si veo que hay algo que tenemos que hacer, si hay algo que no entiendo, consulto a la referente del centro, si ella no sabe le consultan a la referente comunal; a veces también ellas me consultan a mí. No trabajamos como jefatura, trabajamos al mismo nivel entonces todos tienen que empezar a investigar para tener más información.” (M, psicóloga, QN-3)*

*“Ya, después del diagnóstico se hace la programación [...] Y así como lo hago yo con mi programa con la directora y el subdirector, lo hacen todos los encargados del programa, y a su vez entre nosotros nos contactamos, porque hay varias cosas que cruzan varios programas. Lo mismo que el ingreso de anticonceptivos de los adolescentes, eso yo no lo puedo decidir sola, lo tengo que hablar con mi colega que es la encargada de adolescentes. Y obviamente aparte de nosotros, tenemos que ver con el tema de los PRAPS verlos con nuestras referentes.” (M, matrona, QN-5)*

En Melipilla, tuvieron como prioridad consolidar la coordinación interna en salud, para lo cual se reunieron entre los referentes de cada centro de salud para mejorar la atención primaria a migrantes de manera interna. Igualmente, para continuar una lógica de trabajo territorial, desde los centros de atención decidieron esperar a que el Programa de Participación se revinculara con los territorios, para luego comenzar con el PRAPS en los territorios en coordinación con ese Programa, ya que desde ahí podían vincularse con las organizaciones de base, con las juntas de vecinos.

Durante el 2020, comenzaron a unificar la línea de trabajo entre promoción, participación, migrantes, el área comunicacional, entre otros, de manera de generar una planificación anual conjunta, para así lograr que las actividades realizadas dieran cumplimiento a los objetivos de las distintas áreas. Una vez conformado este equipo a nivel macro, de coordinación entre los equipos, lograron distribuir mejor el trabajo según los horarios protegidos de cada profesional.

*“Lo que hicimos nosotros como salud fue entonces crear una coordinación interna, o sea decir ‘ya, dado que está el despelote para afuera, organicémonos nosotros como salud, como atención primaria y trabajemos componentes internos que nos puedan permitir proyectar un trabajo como salud más que como una red provincial con el intersector’. Y ahí estuvimos todo el año, tuvimos 6 reuniones donde nos juntamos los referentes de cada centro de salud para reflexión respecto a las necesidades que tiene nuestro sector, salud, atención primara fundamentalmente respecto del tema de la atención*

a la población migrante. Y en eso hemos estado trabajando desde el año pasado.” (H, trabajador social, ME-1)

“(…) Si nosotros hacíamos el trabajo de vincularnos a la comunidad no permitiendo que Participación Social, que es el programa de salud que trabaja con las organizaciones, íbamos a estar haciendo cosas en paralelo [...] entonces lo que decidimos como PRAPS es que primero se revincule con los territorios el Programa de Participación Social, y que luego en coordinación con ese programa nosotros bajemos a los territorios. Porque si no se iba a ver como dos figuras interviniendo en la comunidad de manera “desarticulada”, o no en una conexión coordinada. Entonces en la medida que Participación Social se vuelve a vincular y vuelva a hacer las reuniones con los comités consultivos, con las organizaciones de base, con las juntas de vecino ahí nosotros entramos, para que tenga una lógica el trabajo territorial.” (H, trabajador social, ME-1)

“Quizás eso me faltó incorporar, en el 2020 si no me equivoco, se empezó a unificar la línea de trabajo entre promoción, participación, migrantes, nuestra área comunicacional, y este equipo Promo parcelado, Participación parcelado, como que se unificaron y generaron una planificación anual conjunta. Que las actividades que se programaran pudiesen dar cumplimiento a los objetivos de las distintas áreas, y también eso permitió como oportunidad de que el equipo se ampliaba, entonces permitía inyectar un poco más de recursos a cada una de las actividades programada, porque en general el Promo era siempre el mismo, el de participación siempre el mismo, y así se sobrecargaban y cuando uno mira lo macro, los objetivos son muy parecidos.” (M, matrona, ME-3)

“(…) Y así es como surgió este equipo más macro (...) al final tratamos de ir organizando que los tiempos protegidos de los distintos encargados en esta área principalmente tuviesen cierta coincidencia, entonces cuando Promo llamaba a reunión, por ejemplo, ya todos tenían sus tiempos de gestión protegidos para esas actividades y era más fácil participar. Entonces así uno optimiza el tema de la hora profesional.” (M, matrona, ME-3)

### ***Integración del rol de facilitador***

Durante el proceso de implementación del Programa, también se produjo un proceso para integrar a los facilitadores. En Quinta Normal, comentan que una vez que se implementó el Programa y contaron con mayores recursos, una de las primeras acciones que realizaron fue contratar a un facilitador, lo cual estiman que ha sido un apoyo esencial.

“Cuando ya nos llegó el programa con recursos y todo también de las primeras acciones que hicimos fue contratar facilitador, que eso también ha sido un apoyo esencial en los equipos hasta el día de hoy. Hasta el día de hoy mantenemos dos facilitadoras, una en cada CESFAM, y ellas ya son parte del equipo, ya se han integrado a los equipos, ya son referentes para sus compatriotas generalmente, porque como... son facilitadoras de nacionalidad haitiana son una muy importante ayuda, apoyo para la atención.” (M, asistente social, QN-1)

No obstante, se relata el proceso de integración de las facilitadoras como uno de aprendizaje, donde ellas iban aprendiendo sobre sus funciones durante la marcha y también se iba aprendiendo a trabajar en equipo con ellas, ya que la incorporación fue repentina y no paulatina. En particular, se menciona procesos de aprendizaje en torno a la importancia de guardar la confidencialidad de la información que

manejan de los pacientes. En este sentido, dan cuenta que al momento en que llegaron las facilitadoras al centro, faltó un proceso de inducción, por lo que las facilitadoras tampoco entendían bien en qué consistía su rol y el “perfil ideal” que se esperaba de ellas. Sucedió en algunos casos, que algunos facilitadores comprendieron el trabajo como sólo dirigido a traducir, no obstante, para el resto del personal, este trabajo implicaba otras acciones, como facilitar la atención a cualquier paciente, no sólo los de nacionalidad haitiana.

*“La facilitadora llegó así de un momento a otro (...) Ahora, su rol, obviamente tiene que ser una persona súper empática. Porque al principio a mí me pasaba sobre todo con temas privados que la facilitadora daba información demás a los pacientes. Entonces yo le decía ‘dile sólo esto’. Y también tuve algunas quejas al respecto por el tema de que ella daba mucha información, mucha opinión personal respecto a ciertas cosas.” (M, matrona, QN-5)*

*“Volviendo al tema del perfil ideal: que sea empática, obviamente que sea una persona que... sepa mantener la discreción. Y lo otro que yo te diría también es que tiene que súper proactiva, que esté buscando qué hacer, si ya no tiene que atender pacientes, que esté haciendo folletería, que esté haciendo promoción, que esté llamando, si necesita que le haga un rescate de alguna paciente, no sé eso. La proactividad, la empatía y la confidencialidad y la discreción en la atención.” (M, matrona, QN-5)*

*“Acá en el centro no les hicimos ninguna inducción, ellas llegaron no más, así como “tú tienes que traducir lo que yo le digo y así”, entonces pobrecitas también ellas no entendían mucho de qué se trataba el tema. Ahora ya no, entienden todo al revés y al derecho, ya se manejan bien, ya saben todo, por supuesto yo creo que ahí también faltó- Es que como te decía anteriormente, fue todo tan encima la llegada de la población haitiana, entonces tuvimos que hacer todo de atrás para adelante, primero empezar a atender y después vamos viendo cómo damos la atención.” (M, matrona, QN-5)*

*“Igual fue un poco difícil inicialmente porque costó un poco en su minuto que la facilitadora pudiera comprender respecto al rol que tenía que cumplir. Ahí hubo unas diferencias en el inicio puesto que existía la... idea de que solamente era traductora. Porque ella hacía la traducción del kreyòl al español. Entonces en un inicio había una diferencia en cuanto a las facilidades de la atención para el haitiano, y para las otras nacionalidades... Entonces ahí fue un poquito, partiendo desde la nada, el ir armando este trabajo en conjunto. Ahí fue un poquito más complejo para que ella pudiera visualizar lo que necesitaba hacer un facilitador y no sólo una traducción. No porque no era haitiano no iba a poder darle una orientación, sino que ella estaba para facilitar la atención a todos.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“O sea, también el rol del facilitador se fue desarrollando con el transcurso de los primeros meses. O sea, por eso que presentamos estos nudos críticos de manera inicial, porque primero no existió a lo mejor una claridad en cuanto a la contratación que tenía la facilitadora. Porque si a mí me dicen que yo voy a estar para traducir, para ser el puente que facilite la comunicación de uno con el otro, yo también voy a comprender lo mismo que entendió ella, que voy a ser la traductora del programa para poder llegar al otro y así explicarte a ti. Pero eso se fue armando en la práctica. Sí sería bueno que las comunas aprendieran en base a las experiencias de las comunas que ya han ejecutado el programa. Y que se puede implementar un programa claro: orientaciones técnicas con los lineamientos de la atención y que sea todo más detallado para evitar situaciones que a la larga nos hacían hacer un trabajo doble” (M, trabajadora social, QN-6)*

En el caso de **Melipilla**, en un inicio también se produjeron problemas con el proceso de inserción de las facilitadoras, respecto a la poca claridad sobre el rol del cargo y el desconocimiento sobre los protocolos a seguir acorde al sistema de salud chileno. Tampoco existía una planilla unificada de registro de actividades, lo que dificultaba el conocimiento del trabajo requerido. Un aspecto que consideran se debiese incorporar, es añadir personas que trabajen como facilitadores y traduzcan en el área administrativa, atendiendo en ventanilla.

*“También el que se inserte una persona que no maneja el idioma español 100% (...) en primera instancia también había ciertos modismos propios nuestros que hacía dificultosa la organización del rol del facilitador. Entonces desde "regístrame toda la gente que usted atiende" y te anotaban solo el nombre, y después, así como "no, necesito el RUT" y claro a lo mejor era porque nosotros no estábamos dando la instrucción de manera adecuada también. Porque no había una planilla unificada de registro de actividades.” (M, matrona, ME-3)*

*“Sí, es administrativo, no sé si puedo trabajar en administrativo para traducir también, ahí a veces faltan personas en la ventanilla cuando alguna estaba en cuarentena, o alguna estaba en licencia faltan personas en la ventanilla y hay mucha gente.” (M, TENS, ME-4)*

### **Rol referente**

Sobre el rol de las referentes, se establece, al igual que en el rol del facilitador, que deben ser personas empáticas, sociables y con un enfoque comunitario. El trabajo que deben hacer es definido principalmente como de gestión y de crear redes, saber a qué personas contactar dependiendo de las necesidades que se van presentando en el centro de atención. Los profesionales indican que es relevante que puedan tener la capacidad de gestión para articularse con su intersector y conocer el territorio.

*“Sí, es verdad, es lo que yo he percibido en la práctica, pero también conversando con referentes más antiguas de comunas, que son muy pro, tienen una visión muy empática, social, comunitaria. En verdad el trabajo que hay que hacer es gestión, es tener redes, saber contactar al de la municipalidad, tener su contacto, hacer un trabajo mutuo- Entonces no es que tenga que dedicarle- quizás necesitas una inversión inicial en tiempo para poder generar tus redes, pero la gestión es saber tener a dónde tocar la puerta y en qué momento, y estar disponible cuando me vengán a tocar la puerta.” (M, médico, Santiago).*

*“[...] como más de perfil de cargo: que esta persona tenga la capacidad de gestión para poder articularse con su intersector y que lo conozca, no puede ser una trabajadora social que se haga cargo del programa y que le vaya a decir al Servicio ¿sabes tú como hacer esto?” No po, si tú tienes que saber porque conoces a tu territorio.” (M, médico, Santiago)*

En **Quinta Normal**, evalúan que la presencia de un referente por centro facilita la comunicación con los equipos entre los distintos centros para la planificación de las actividades. A su vez, los referentes cumplen el rol de llevar información a los centros. Al igual que con el rol de los facilitadores, el rol de los referentes no estaba bien definido en un comienzo, lo cual complejizó inicialmente las labores que debían que cumplir además de su rol como referente. Para esto, consideran que sería mejor disponer de un horario protegido. Como observación, los entrevistados agregan que los referentes requieren mayor cercanía con los usuarios, para que sientan la confianza de acercarse a ellos y preguntarles por

información, no obstante, en la práctica, la distribución de carga laboral y horaria, además de la infraestructura, no lo permite.

*“Ya está consolidado el tener un referente por centro, porque eso también facilita mucho la comunicación con los equipos, entonces la planificación la hacemos incorporando dentro de nuestra planificación las acciones que hacen desde la Unidad de Participación, o desde la Unidad de Promoción, que las actividades que están haciendo los CESFAM, las actividades del COSAM, entonces de esa forma también trabajamos más coordinados e involucramos a todos los centros. Entonces eso también es algo que hemos ido consolidando a través del tiempo y ya está establecido, ya está establecido quién es el referente y cuáles son sus funciones, y cómo son parte del programa.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Si bien la referente comunal te puede explicar ciertas cosas, es lo mismo, no existía inicialmente mucha claridad de lo que tienes que hacer y lo que no. Entonces ¿qué pasa? Yo tengo un programa de trabajo con mi equipo donde yo me desempeño a diario, pero no tienes el tiempo para cubrir otros requerimientos. Ahí hay una situación [...] en este caso no somos encargadas de nada, somos referentes. Entonces, sí hubiese sido mucho más práctico que se explicara "mira, el referente va a disponer de tantas horas protegidas a la semana o al mes para que puedas hacer esta esta y estas actividades en ese tiempo protegido", porque de lo contrario, también te puedes ir descuidando de tus otras atención.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Se requiere también poder contar con mayor cercanía con el usuario, o sea si hay un referente acá, que la comunidad sepa quién es el referente, que sea visible, para que también se puedan acercar en el centro y preguntarle la información también a la referente. Pero en la práctica, esas cosas, la infraestructura no lo permite.” (M, trabajadora social, QN-6)*

### ***Acciones realizadas para la implementación del Programa***

Entre las acciones realizadas para la implementación del Programa, en Quinta Normal se encuentra la realización de talleres de español para la incorporación de migrantes que hablan otros idiomas, con un foco particular en la población haitiana femenina, dado que presentaban un menor manejo del español. A su vez, realizaron talleres para embarazadas y de lactancia materna por zoom. Previo a la pandemia, celebraban en el centro el día del migrante y se hacían actividades como la realización de murales y bailes nacionales de las distintas comunidades.

En los centros de atención llevaron a cabo la implementación de señaléticas o letreros traducidos tanto al mapudungún como al kreyòl, los cuales respondían a un proyecto de buenas prácticas enmarcados en el Programa para migrantes y el PESPI, de manera que las personas supieran a dónde dirigirse cuando llegaran a los centros en búsqueda de atención.

*“También se implementó en Andes me recuerdo, años atrás, se implementó un taller de español, hay una trabajadora social que ella manejaba el francés, por lo tanto, ella tenía un trabajo full con la gente haitiana y les hacía clases de español; porque la dificultad más grande como te dije denante es el no aprender español y sobre todo en la población femenina. Porque ahí está muy marcado el género, muy marcado en la población haitiana.” (M, enfermera, QN-2)*

*“(…) También se hacen talleres de embarazadas por zoom y talleres de lactancia materna, y también participan ellas.” (M, enfermera, QN-2)*

*“Igual que nosotros antes hacíamos, cuando se podía, celebrábamos el día del migrante en el centro, y se hacían actividades también se hacían murales, se invitaba a alguna pareja que hiciera un baile bonito de los representantes algunas nacionalidades, hacíamos videos, los pasábamos por la sala de espera.” (M, enfermera, QN-2)*

*“Eso fue por un proyecto de buenas prácticas, que nosotros vimos la necesidad de tener, que la persona supiera cuando llegara, dónde era atendida y no estuviese tan perdida. Independiente de que nosotros tenemos una persona a la entrada que recibe a los usuarios y los orienta. Pero para que fuera más fácil y se sintieran bienvenidos se hizo el letrero y en kreyòl y mapudungún, que son los programas que se trabajan en los centros, el programa migrante y el PESPI.” (M, enfermera, QN-2)*

Otra acción que implementaron es un diario mural que se va actualizando a medida que se van programando actividades para los migrantes, como también se expone información importante para ellos, como sus derechos y los cambios en los decretos. De esta forma, aportaban a mantener actualizada a la población que atendía el centro respecto a los derechos que tienen en salud y sobre sus derechos en general como migrantes.

*“Sí, se ha ido actualizando (el diario mural), donde se colocaban diferentes actividades de los migrantes, se hacían, por ejemplo, si se hacía una actividad educativa, se colocaba la actividad que se hizo, sino información importante para ellos, por ejemplo, muchas veces fueron cambiando los decretos, entonces todo eso se iba colocando, para que ellos supiesen los derechos que tenían en salud. (M, enfermera, QN-2)*

Otras acciones han ido dirigidas a la realización de trabajo comunitario, donde los profesionales han tratado de estar presente en los distintos territorios, conversar con las juntas de vecinos y a su vez, han tratado de incorporar a una persona en cada localidad para que cumpliera un rol de representante. Idealmente trataban de incorporar a alguien de otra nacionalidad a la chilena para ir fomentando la incorporación de los migrantes. Dentro de las actividades territoriales, se encuentran las ferias, donde le explican a los migrantes, a través de una facilitadora, cómo funciona el sistema de salud en Chile.

*“Es que anteriormente sí se hacía un trabajo comunitario mucho más presente y activo. Se iba a los distintos territorios, se conversaba con la JVV, se traba e ir incorporando esta visión, en que pudiésemos tener una persona en la localidad que fuese un representante, que fuera alguien de otra nacionalidad para que participara de esto y pudiese informar en los consultivos. Entonces siempre se ha tratado de ir incorporando eta otra parte que el resto de la población a veces invisibiliza o no quiere considerar, pero nosotros siempre los vamos incorporando porque son usuarios al igual que el resto.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Sí se han hechos ferias donde se han invitados a los migrantes para explicarles a través de la facilitadora un poquito de cómo es el sistema, porque obviamente viniendo de un país totalmente distinto o sea nada funciona de la misma manera.” (M, administrativa, QN-4)*

Una acción específica que crearon para cuando inscriben a un migrante en el centro de salud, es entregarles un folleto que cuenta con toda la información sobre cómo se piden las horas y cómo

funcionan las atenciones. Este folleto lo tradujeron para que los pacientes que no hablen español puedan comprenderlo, por lo que se utilizó esta estrategia en particular con la población haitiana.

*“Cuando hago una inscripción, lo mismo que yo explicaba tantas veces al día, terminé escribiéndolo mejor en un folletito pequeñito que una vez que yo hago la inscripción los entrego para que ellos tengan en cuenta de cómo se piden las horas, es como una información general postinscripción, y también le pedí a la facilitadora que lo tradujera al kreyòl, para hacerle un poquitito más fácil la recepción de los migrantes de Haití, que es con quienes más cuesta por el idioma.” (M, administrativa, QN-4)*

En **Melipilla**, también se realizaron capacitaciones para abordar los desafíos que tienen los equipos que trabajan con la población migrante. En particular se preocuparon por formarse y manejar información para guiar a la población migrante, debido a la eliminación del Departamento de Extranjería de la Gobernación Provincial de Melipilla. Al igual que en Quinta Normal, generaron folletos traducidos a distintos idiomas, entre los cuales se encuentra el kreyòl y el quechua se encontraba en proceso al momento de la entrevista.

*“Entonces lo que generamos el año pasado a propósito de esa situación esa capacitación que te comentaba que fue una capacitación en la que participó la referente del Servicio como una relatora también invitamos al exdirector del Departamento de Extranjería Melipilla porque él había sido una figura potente en estos años acá, y un docente de la Universidad de la Chile que nos apoyó en términos de los conocimientos que él tiene de la juventud, y por ahí armamos una parrilla bien interesante de lo que significaba los desafíos para los equipos que trabajan con población migrante.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Entonces ese es un punto que tenemos que mencionar la eliminación del Departamento de Extranjería de la Gobernación Provincial de Melipilla [...] Entonces ahí a lo que nos obligamos el año pasado fue a formarnos y a saber más porque cómo te digo, claro la gente llega a los consultorios no solamente por temas de salud, ahí tú te das cuenta de que en cada consultorio hay un pequeño departamentito de extranjería cuando vienen a hablar con una asistente social, y que esa asistente social tienen que saber ciertas cosas que son importantes de mencionar a las personas.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Y otro proyecto que hicimos fue este rincón informativo en donde tenemos trípticos, algunos traducidos ya en kreyòl, próximamente los vamos a traducir también al quechua, contamos con un médico que nos va apoyar en eso. [...] Y sabes que nos ha ido bastante bien porque se llevan los informativos, no los hemos encontrado en los basureros, así se interesan los pacientes.” (M, trabajadora social, ME-2)*

Por último, se han realizado cápsulas audiovisuales para informar a la población, sin embargo, cabe resaltar que estas acciones han sido autogestionadas y no financiadas por el Programa.

*“Estamos grabando cápsulas en conjunto con Promoción en donde con el médico grabamos esta que te mostramos ese día, y hay otras más que se han grabado entonces las están pasando por las Redes sociales del CESFAM.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“Y eso, al final ha sido todo autogestionado, yo, por ejemplo, grabamos unas cápsulas de promoción, y fue por un vecino que es amigo, que es audiovisual, y no me cobró nada po, y me lo dejó así de*

profesional. [...] Grabamos varias de psicología, dental [...] todo así autogestionado no más, eso es lo malo." (M, médico, ME-5)

## Trabajo con población migrante en comunas sin Programa

### Motivaciones

Al indagar en las motivaciones para realizar trabajo con población migrante en las comunas sin programa, partiendo por **Lo Prado**, los entrevistados comentan que debido a lo que sucedió con Joane Florvil, se iniciaron planes de formación y de educación sobre migración en la municipalidad, por lo que hoy en día cuentan con un departamento de migración.

A su vez, incorporaron facilitadoras dado el aumento de usuarias haitianas embarazadas y la dificultad que tenía el personal para comunicarse con ellas. En consecuencia, los funcionarios y profesionales elevaron la solicitud a sus jefaturas de que se incorporara una facilitadora. Una entrevistada comenta que contrataron como facilitadora a una señora que acompañaba a las mujeres haitianas y traducía por ellas por voluntad propia.

*"Mira, con Lo Prado nosotros vivimos una situación box populi en todos lados por Joane Florvil. Todo lo que a ella le pasó se inició acá en la comuna, en el departamento de la municipalidad, de ahí partió todo su problema. Bueno, fue sancionada la municipalidad creo, entonces tuvieron que obligarlos a hacer planes, no de mejoras, pero "ya, tienen que educar a las personas sobre migración", entonces ahora hay un Departamento de Migración." (M, trabajadora social, LP-1)*

*"Mira, la facilitadora comenzó por el aumento de embarazadas haitianas, de ahí surgió la idea digamos, y comenzó porque siempre iba una señora como amiga de las embarazadas que iba con ellas y entraba, era una señora de la iglesia que todas las haitianas como que conocían a la facilitadora, entonces ella amablemente las acompañaba a los controles. Entonces ya después ella era conocida para nosotros porque siempre entraba ella con distintas personas, y nos hacía de traductora, entonces ahí nació la idea "¿por qué mejor no la contratamos?" y se empezó a solicitar eso. Yo no sé cuánto tiempo se habrá tardado en que nos aceptaran esa propuesta, y ahí se habló con ella, y aceptó el trabajo." (M, matrona, LP-4)*

*"La demanda de por qué salió la facilitadora intercultural de Lo Prado, es porque hay una demanda que se sube desde los profesionales y funcionarios, porque también las personas de los mesones también solicitaron poder abordar esto de alguna manera. Y se subió la solicitud desde los funcionarios hasta su jefatura, de la jefatura a los consejos técnicos, se hablaba en reuniones de sectores, se hablaba en reunión de personal y luego esto se hablaba en reuniones de directoras, la necesidad de poder abordar esto con gente que pudiera hablar el idioma." (M, trabajadora social, LP-3)*

En **Curacaví**, comentan que estaban complicados por el masivo aumento de pacientes migrantes, respecto a quienes no sabían qué procedimientos debían realizar. Por ejemplo, no sabían cómo ingresarlos a RAYEN para poder atender a los pacientes. Debido a las dudas y el desconocimiento sobre cómo proceder,

consultaron a FONASA cómo realizar los trámites. De esta forma, iban buscando soluciones a medida que surgían las necesidades.

*“Como el 2017, 2018, ahí fueron años muy difíciles porque llegó como masivo, se veía mucha gente que llegaba y nosotros no sabíamos cuál era el procedimiento porque llegaban con pasaporte, otros llegaban ilegales, entonces no sabíamos cómo ingresarlos a RAYEN para poder atenderlo, que no quedaran duplicados. O cuando llegaban a urgencia no sabían cómo integrarlos porque no sabían cuál era el nombre, cuál era el apellido. Entonces fue una etapa difícil pero que pudimos superarla ya comprendiendo que podíamos poner un código de ingreso, después ya nos unimos con FONASA preguntado cómo lo podíamos hacer, entonces ya el trámite era ingresarlo primero a FONASA para que le dieran un RUT provisorio para que pudiera atenderse, y eso podía colocarse en RAYEN. Entonces todo así lo íbamos armando en el tiempo.” (M, administrativa, CU-2)*

### **Descripción actividades sector salud**

Entre las actividades desarrolladas por las comunas sin Programa, se encuentran capacitaciones, formación de facilitadoras y de referentes. A diferencia de las comunas donde sí está implementado el Programa, en estas comunas lo que observa la autoridad entrevistada, es que no se producía una respuesta activa por parte de la comuna, por ejemplo, no había respuesta cuando se ofrecía material para el desarrollo de actividades con población migrante.

*“Sí, capacitaciones siempre ha sido transversal para todos igual, por esas mismas dificultades de que no tienen recursos. Todas las estrategias de difusión de actividades, de capacitación, de formación de facilitadoras, de referentes, como de los contactos, eso ha sido para todo. Pero pasa... que no hay mucha respuesta de la comuna, y especialmente de las comunas que no tienen el programa, por ejemplo, que han tenido recursos y he podido comprar para hacer apoyo a las actividades comunitarias. Por ejemplo, algo súper práctico, compré muchos... ¿cómo se llama esto? Unas pizarras y termos, parlante activo, botellitas de vidrio para dar en las actividades comunitarias, cuadernos, pendrive, no me acuerdo qué más. Y aviso que tengo que esto disponible, que quién necesita para que puedan ser utilizados en las actividades de las personas que migran ¿ya? Claro, que mucho más interesante cuando te dan como una botellita de vidrio, es como más atractivo. Pero de las 15 comunas me respondieron como 5, y no solamente ahora como en pandemia, sino como que se pueden gestionar acciones, pero la respuesta no es la misma.” (M, médico, Santiago)*

*“Entonces en la práctica desde mi punto de vista es mucho menos desgastante para mí trabajar con alguien que me responde, porque agota en verdad estar enviando información, mails, estoy acá para lo que necesiten, trabajemos juntos ¡y nadie responde po!” (M, médico, Santiago)*

En particular en Lo Prado, se generó una coordinación comunal en donde se asistían a reuniones con la referente, quien les entregaba información que luego bajaban y socializaban en la comuna. Sin embargo, estos esfuerzos de organización y coordinación comunal se vieron afectados por la pandemia, trabajo que se ha ido recuperando lentamente, dentro las cuales no se incluye aún la realización de nuevas reuniones con el SSMOCC sobre migrantes.

Otra acción que realizaban y realizan con periodicidad es generar una planilla con la información sobre cuánta gente se encuentra con RUT provisorio y cuánta gente se encuentra regularizada al pasar un año. De esta manera, pueden saber cómo apoyar a regularizar y tratar de ubicar a las personas que no estén

aún regularizadas, con el fin de ayudarlos a obtener todos los beneficios a los que podrían acceder. Asimismo, han tenido reuniones con los encargados del Ministerio de Desarrollo Social, para ayudar a los migrantes a postular a los bonos en los casos que no tienen el RUT definitivo.

*“Sí hay una coordinación comunal, entre nosotras, de migrantes con la referente, y vamos a las reuniones, pero eso más que nada es que la referente nos manda toda la información y nosotras la bajamos y la socializamos. Pero ahora se ha visto mermada en estos dos años de pandemia porque han estado todos los esfuerzos de todas las personas en la pandemia, y recién en marzo del año pasado empezamos a dejar un poco de lado la pandemia, y de marzo a septiembre empezado a recuperar, pero no se han hecho nuevas reuniones en el Servicio tampoco, ni de género ni de migrantes. (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Había recursos para algunos proyectos, que la gente que quisiera postular postulara. Información sobre las casas de acogida en distintas partes, para migrantes con problemas o que estuvieran en situación de calle. También nos mandaron una solicitud de información para identificar cuánta gente está con RUT provisorio, y cuánta de esa gente al cabo de un año está regularizado, y tratar de ubicar a esas personas y ver qué pasa por qué no están regularizando, pero no por un tema punitivo, sino más que nada para ayudarlos para que obtengan todos los beneficios. También la referente del Servicio nos ayudó mucho consiguiendo una organización, una reunión con encargados del Ministerio de Desarrollo Social para ayudar a los migrantes a postular a todos los bonos que... que había, porque se abrió la posibilidad de postular sin el RUT definitivo y con el código provisorio. Así que no, la referente todos los días nos está bombardeando con todo lo que ella pueda hacer.” (M, trabajadora social, LP-1)*

Respecto a las actividades y capacitaciones, una entrevistada precisa que como funcionarios deben esperar a que la referente comunal o la directora del centro les indiquen cuándo y a cuáles pueden ir. Desde el servicio les hacían capacitaciones a los funcionarios sobre diferentes temáticas, tales como una historización del aumento de migrantes en salud, la caracterización de morbilidad de cada uno de los países, las demandas que esto exige al sistema de salud en el nivel tanto primario, secundario y terciario en función de las patologías, y también se trabaja el tema de trata de personas. Extranjería también hace capacitaciones cuando se hacen actualizaciones a las normas.

Dentro de las capacitaciones, ante el aumento de la población haitiana, se han facilitado cursos de Kreyòl, que no son obligatorios. A su vez, desde el Ministerio han llegado cartillas en Kreyòl. En un inicio, las cartillas o trípticos informativos comenzaron por iniciativa propia de los funcionarios ante la necesidad de poder comunicarse con los pacientes que no manejaban el español. Luego, el ministerio comenzó a traducir lo que ellas ya entregaban.

*“Sí, las actividades y las capacitaciones. Pero yo cada vez que recibí los correos y avisé a la referente comunal, ella me dijo que yo tengo que esperar que ella me diga "eso es para ti, eso no es para ti", yo tengo que esperar que ella me mande, porque ellos me tienen que hacer un horario, no puedo levantare e irme, hay que coordinar todo. Así que ella me advirtió que tenía que ser la directoria, o la directora de salud que me manden, o ella misma, así que por eso no voy seguido.” (M, administrativa, LP-2)*

*“Sí, desde que empezó a aumentar la población haitiana se han facilitado cursos de kreyòl. No es obligatorio, el que quiere lo hace, y también lo que se ha hecho, es que se han hecho cartillas -que no*

*es algo comuna, sino que es a través o del ministerio, que llegan cartillas en kreyòl, como cosas así. Yo me hice como mi- al principio, porque de verdad me frustraba mucho no poder atender, no entenderle, yo me hice como unos cartelitos con las palabras clave: fecha de la última regla, si tiene enfermedades- Pero sí, se han entregado algunas herramientas para los funcionarios.” (M, matrona, LP-4)*

*“Sí, yo creo que en un inicio fue iniciativa propia de cada funcionario que empezó a hacer sus trípticos, no sé, nosotras como matrona empezamos a hacer unos folletos en donde les explicábamos cuándo tenía que venir al próximo control, en Kreyòl. Y ya después desde el ministerio -que yo me imagino que es el Servicio- empezó a traducir lo que nosotras ya entregábamos. Por ejemplo, no sé, entregábamos un folleto de [el mal de] Chagas en español, y después lo mandaron también kreyòl, imagino que es a través del servicio de salud. Pero claro, todo comenzó como iniciativa propia de cada persona no más. Como te decía, hacíamos las preguntas clave, y después eso se empezó a difundir entre todos los funcionarios.” (M, matrona, LP-4)*

*“Sí, me acuerdo perfecto porque desde el Servicio siempre [las capacitaciones] han tenido la misa tónica, que es como una historización de la explosión de la cantidad de migrantes en salud, la caracterización de morbilidad de cada uno de estos países, las demandas que hacen acá en salud divido en primario, secundario y terciarios en función de las patologías y las cosas que solicitan, y se ha trabajado harto el tema de trata de personas. Porque pese a que en número es algo pequeño, sí ha sido un tema muy sensible de trabajar en otras regiones del país, más a norte y más al sur, en los extremos tiene mucha trata de personas. Entonces siempre nos han capacitado, año por medio es el tema de la trata de personas, eso yo lo vengo escuchando hace mucho rato. Y en general de que también acuda Extranjería para hacer las actualizaciones con los cambios de [normativa] cómo conseguir las visas.” (M, trabajadora social, LP-3)*

Sobre actividades de promoción, lo único que indican que se hacía hasta antes de la pandemia, es que se dedicaba una semana completa a trabajo de promoción, donde tenían, por ejemplo, un día del VIH, un día de la matrona, día del migrante, entre otros. En estas actividades, repartían folletos a las personas sobre la no-discriminación y la integración, enfocada en la población no migrante.

*“Lo único que se había hecho hasta el 2019 y prepandemia, como gran cosa es que hay una semana completa que se hace trabajo full de promoción, entonces está por ejemplo "el día del SIDA", "el día de la matrona", el día de esto, entonces hay un "día del migrante" en el que se reparten cartillas a todas las personas sobre la no-discriminación, la integración, va enfocada a los no-migrantes.” (M, trabajadora social, LP-1)*

Entre las matronas, comentan que existía trabajo de coordinación comunal, a partir de la cual conformaron una red tanto del SSMOCC como comunal, desde donde realizaban reuniones en el CESFAM con las matronas para generar lineamientos de trabajo. Sin embargo, precisan que nunca realizaron reuniones para abordar específicamente problemas sobre la migración. No obstante, en su momento se reunieron para generar estrategias respecto a la población de mujeres haitianas embarazadas, ya que tuvieron que generar estrategias para que asistieran a los controles. Así, generaron una planilla con la información de todas las mujeres embarazadas y las llamaban cuando se encontraban cerca de la fecha de parto para explicarles los pasos a seguir sobre la inscripción y los controles de seguimiento.

*“Sí, nosotras tenemos una red, tanto del Servicio, como comunal, nosotras también hacemos reuniones en el mismo CESFAM con las matronas como para hacer los lineamientos de trabajo. De hecho, como te decía, las haitianas no tienen el hábito de atenderse o de controlarse, van solamente cuando están enfermas. Entonces, tuvimos que buscar estrategias para que ellas se pudieran controlar. Una de las estrategias que estamos haciendo es que tenemos una planilla con todas las embarazadas, y ahí está cercana a la fecha de parto. Entonces cuando ya se está acercando su fecha de parto una la matrona la llama. La llama por teléfono para contarle que cuando nazca su bebé tiene que ir al CESFAM a inscribirlo, y que tiene que tener un control dentro de los primeros 10 días. Entonces sí se hacen reuniones y se buscan estrategias, pero no una reunión específica como para hablar de migración. [continúa] (M, matrona, LP-4)*

También en **Lo Prado** implementaron la figura de calificador de derechos, que describen como un cargo que les solicitaron implementar desde el SSMOCC en cada CESFAM, que implica que una persona tenga el rol de coordinar con FONASA para solicitar los NIP o el RUT provisorio, de manera que las personas puedan tener acceso a salud en el tramo A de FONASA. Evalúan que esto lo implementaron de manera fluida.

Ante casos de violencia y vulneración de derechos en la población migrante, el SSMOCC generó un programa junto con un equipo de trabajo denominado BABEL. Este equipo era voluntario, donde se inscribían personas haitianas que manejaban bien el español y se ofrecían como intérpretes para situaciones puntuales y graves. Los entrevistados señalan la importancia de la intervención de estas intermediarias ya que los sistemas de Red de Protección son muy distintos entre Chile y países como Perú y Haití. En la actualidad este grupo ya no funciona.

*“Por otro lado, desde el Servicio, con las normativas y las leyes vigentes, que es el Decreto 67, nosotras empezamos a trabajar con el calificador de derechos, ese es como el cargo que nos pidieron tener en cada CESFAM, que es esta persona que se coordina con FONASA para solicitar los NIP, o RUT provisorio como les llamamos, para poder tener acceso a salud en el tramo A de FONASA. Y esto nosotros en Lo Prado lo implementamos con mucha agilidad. Porque costó que en general en los centros de salud la gente en general hiciera esto sin poner trabas.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“En algún otro minuto, como encargada de migrantes me encontré con la dificultad de que teníamos casos graves, o de vulneración de derechos, sea con niños o mujeres, sobre todo en contexto de VIF de personas que no hablaban español. Y el Servicio también generó un programa, era una persona particular del Servicio que generó un equipo de trabajo que se llamaba BABEL. Este equipo era voluntario, y era un listado de personas haitianas que hablaban muy bien español que se ofrecían como intérpretes para situaciones puntuales y graves. Porque no basta con que alguien hable tu idioma, sino que tiene que ser alguien que tenga cierta condición para que pueda hacer de intérprete, en situaciones tan complejas y delicadas como es un tema de salud. (...) Eso fue muy bueno porque se le pudo dar a entender a estas personas la oferta que existe en la Red de Protección, porque es muy distinto entre un país y otro cómo se tratan los temas. Entonces el primer choque era el tema cultural de costumbres, de idiosincrasia, y además el tema de que la red de protección de acá al parecer es más protectora de los niños y de las mujeres que, por lo menos, que en Haití y Perú. Desconozco con Venezuela porque no me ha tocado trabajar casos de este tipo, pero con estos otros dos países, sobre todo con los haitianos, sí.” (M, trabajadora social, LP-3)*

Antes de que tuvieran el apoyo de una facilitadora, lo que hacían en los centros fue autoformarse, por ejemplo, en kreyòl. Por tanto, entre algunas acciones realizadas, estuvo bajar aplicaciones para traducir a kreyòl y así poder hacer preguntas básicas a los pacientes para poder realizar los diagnósticos. Esto dependía fundamentalmente de la iniciativa de cada profesional. A su vez, mediante el traductor de voz de Google, podían traducir cosas a la población haitiana que era analfabeta. Mediante este mismo medio, los profesionales comenzaron a traducir folletería informativa al kreyòl, las guías educativas, pautas de alimentación, material educativo, horarios del CESFAM, documentos para inscribirse, etc.

*“(…) no contábamos con facilitadora 44 hrs. y teníamos de alguna manera que atender igual a los pacientes. Lo primero que hicimos fue que algunos bajaron aplicaciones para traducir cosas al kreyòl para poder preguntar cosas tan básicas como ¿dónde te duele? ¿Qué parte del cuerpo? Arriba o abajo, la intensidad del dolor, tipo de molestia, no sé, picazón, no sé po, lo típico ¿te pica? ¿te arde? ¿te duele? Además de eso, aplicación en el celular y eso era todo iniciativa de cada profesional. El Google Traductor y ahí algunos ocupaban porque nos dimos cuenta de que mucha población haitiana era analfabeta, entonces poníamos este reproductor de voz que te traducía lo que uno había escrito. (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Y también empezamos a generar con más buena voluntad que asertividad técnica, los mismos informativos que teníamos, y guías educativas, las pasamos al kreyòl con estos traductores del internet, porque no encontramos a nadie que nos ayudara a traducir la cantidad de información que queríamos entregar, entonces lo empezamos a generar nosotros. Eso fue pautas de alimentación, material educativo, Chile Crece, horarios del CESFAM, documentos para inscribirse, todas esas cosas las tradujimos al kreyòl.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*[...] en Promoción recuerdo que por ejemplo con la pandemia se sacaron todos los carteles en español y kreyòl, se trata de integrar en esa parte: cuando hay difusión de algunas cosas, se trata de integrar el kreyòl. Eso ha ido más por la parte de promoción, pero es como eso difusión de folletería, carteles.” (M, enfermera, LP-5)*

En los CESFAM también realizaron hartas acciones de ayuda social respecto a necesidades básicas de los migrantes, en particular en relación a lo que tiene que ver con Chile Crece Contigo y embarazadas. Cuando dan a luz, coordinan para que obtengan cosas básicas como camas. Esto requiere que los equipos se articulen para conseguir la ayuda social que requieren las personas.

*“Nosotros particularmente en los programas de nuestros CESFAM trabajamos fuertemente el tema de la ayuda social en cosas muy básicas, sobre todo lo que tiene que ver con Chile Crece con las embarazadas y luego ya cuando nacen sus guagüitas, de coordinación con las instancias de ayuda necesarias para cosas tan básicas como camas. Y ahí los equipos nos hemos coordinado y hemos trabajado como para poder enfocarnos en las ayudas sociales y ayuda en particular. Y eso sí lo hemos logrado articular, por lo menos aquí nosotros tenemos la red bien amplia y coordinada en lo que va saliendo.” (M, trabajadora social, LP-3)*

En **Curacaví**, las acciones o actividades que se realizaban son similares a las de Lo Prado y nacen desde necesidades y motivaciones individuales y colectivas de los profesionales. También ejecutaron actividades para el día del migrante, que conmemoraron durante una semana con actividades; donde entregaron infografías en Kreyòl y español sobre cómo inscribirse a Fonasa, las categorías de urgencia, entre otros

elementos. Estas acciones se encontraban enmarcadas en motivaciones personales de los profesionales, ya que no son obligatorias.

Desde el SSMOCC, les realizaron capacitaciones sobre derechos humanos y población migrante, como también algunos cursos introductorios al kreyòl. Estas capacitaciones fueron siempre voluntarias. Los entrevistados evalúan que las capacitaciones del idioma kreyòl no fueron muy útiles, ya que les cuesta aprender el idioma, en especial si no lo practican. Evalúan que no hubo aprendizaje de ese curso porque era muy distinto lo que aprendieron a cómo es la aplicación práctica, cotidiana del idioma. En los casos en los que no podían comunicarse, contactaban a personas haitianas que sabían que manejaban bien el español para que les tradujeran. Así, los llamaban y los ponían en altavoz para las atenciones. Esto no se mantuvo a lo largo del tiempo, ya que los haitianos que comenzaron a manejar bien el idioma español se fueron en búsqueda de otras oportunidades.

*“Teníamos la mesita que era un stand (para el día del migrante), con infografías en kreyòl y en castellano sobre: cómo inscribirse en FONASA; qué son C1, C2, C3, C4; las categorías de urgencia; la cartera de prestaciones en la APS; todo eso lo teníamos traducido y en castellano para que la gente se acercase, más unas botellitas que habían enviado desde el SSMOCC. [...] El 18 de diciembre que es el día a conmemorar, en vez de hacer un día, hicimos una semana.” (M, médica, CU-1)*

*“Bueno una de las iniciativas que tuvimos fue ahora para el día del migrante, junto a la facilitadora, y los agentes comunitarios, imprimimos infografías sobre- como lo que les cuesta es la información sobre el acceso... Cómo funciona la categorización de urgencia, entonces las teníamos en español, en kreyòl, algún material ya venía traducido, otro lo traducimos acá, sobre lactancia materna. Y también del Servicio nos dieron regalitos, que eran unas botellas de agua, de vidrio, y eso se entregaba a las personas que se acercaban. También pusimos infografías de FONASA, de cómo acceder al NIP, qué trámites tenían que hacer para acceder al NIP, el tema de la carencia de recursos, etc. Pero eso fue motivación de acá, como no es una obligación, no hay que hacerlo, pero ya hagamos algo para el día del migrante, e hicimos esa actividad.” (M, médica, CU-1)*

*“Desde el Servicio también han llegado capacitaciones sobre DDHH, y dentro de los DDH aparecen temas relacionados a la población migrante; también venían unos cursos, como cursos introductorios al kreyòl. Sí, desde el Servicio han llegado algunas capacitaciones, pero siempre son voluntarias. (M, médica, CU-1)*

*“La verdad es que ha sido muy difícil el tema del kreyòl, porque hemos intentado, nos han hecho cursos online, pero la verdad es que no ha dado resultados, porque para poder comprenderlo tienes que estar con alguien verbalmente haciéndolo práctico, y ellos hablan muy rápido, entonces... no. La verdad no nos sirvió este tema, lo único que nos sirvió sí fue para sacar algunas palabras y hacer cartoncitos en español.” (M, administrativa, CU-2)*

*“Acá hicimos un curso, que manó el Servicio, de kreyòl, pero debemos decir que un fiasco, porque una cosa es cómo se hace por internet y cómo se dice, y otra cosa es efectivamente la realidad de cómo se pronuncia, y era muy distinto a cómo te lo hablaban aquí a cómo se pronunciaba. Entonces, sinceramente lo hicimos por cumplir, ¿ya? Para sacarnos la nota, pero en sí que hubiéramos aprendido algo, nada.” (M, trabajadora social, CU-3)*

*“Nos poníamos a todos en altavoz para poder escuchar y comprender lo que se hablaba, porque la idea no era pasarnos el teléfono y quedar nulos, como se trataba de salud y es un tema bastante delicado, entonces lo poníamos todo en altavoz. Lo saludábamos, muy lento "hola, ¿nos ayuda?" "¡ya!"; y de ahí ellos conversaban la conversación y él nos explicaba, y ahí nosotros confirmábamos lo*

*que estábamos traduciendo con monitos lo que nos decían. O rápidamente hacíamos un dibujo lo mostrábamos y sí, nos confirmaba, de esa forma. Ahora se aplican un poco, porque los extranjeros que empezaron a hablar muy bien el español y a comprender bien se fueron yendo de acá.” (M, administrativa, CU-2)*

Una última estrategia implementada, fue la creación de un grupo de WhatsApp con las personas migrantes, entonces, a medida que iban llegando, les consultaban si querían entrar en el grupo. La idea de este grupo era compartir información de manera más expedita con la población migrante.

*“Si, hay un equipo, porque como nos tuvimos que dividir para ir a dejar medicamentos, alimento, para dar horas telefónicas o vía online. entonces hubo un equipo que se vio en la necesidad de hacer una agenda para comunicarse con las personas extranjeras, y ellos tienen un grupo de Whatsapp, y a medida que van llegando, los revisan y les preguntan si quieren estar, algunos dicen que sí, otros dicen que no. Pero yo pienso que los que dicen que no es porque vienen de paso, nada más.” (M, administrativa, CU-2)*

*“Creé un grupo de WhatsApp de pura población migrante, cosa de poder compartir información y todo, y de ese WhatsApp está cargo lo que es el agente comunitario, porque nosotros tenemos agentes comunitarios en unos CECOSF, entonces ella está a cargo de ese grupo de WhatsApp.” (M, trabajadora social, CU-3)*

### **Actividades intersector**

Respecto a actividades realizadas de manera intersectorial, en Lo Prado, trabajaron con el con la Oficina Municipal de Migración, donde enviaban a las personas que se encontraban en situación irregular. A su vez, participaron de cursos de kreyòl realizados por la municipalidad. También, desde los centros de salud invitaban a mujeres haitianas a clases de español que realizaba una institución del sector, es decir, desde el centro aportaban con la difusión de la actividad. En paralelo, la oficina de migración realizaba clases de español para migrantes en un colegio. Ahí derivaban a las personas, en particular a las mujeres embarazadas. Estas iniciativas se dejaron de hacer antes de la pandemia por falta de profesores. Entre otras instituciones, resaltan el apoyo de la iglesia Betesda que es evangélica.

*“Bueno está el Departamento de la Municipalidad de Migración, ahí nosotros mandamos a las usuarias que tienen esta situación irregular que y te decía ¿ya?” (M, matrona, LP-4)*

*“Tiene que haber sido por ahí, claro, como 5 o 6 años atrás. Sí, tiene que haber sido por ahí que la municipalidad hizo unos cursos (de kreyòl), y recuerdo que acá unos de los chicos los tomaron.” (M, enfermera, LP-5)*

*“Hace un tiempo- pero no recuerdo quién organizó eso- se hicieron unas clases para haitianas para que aprendieran a hablar español, pero no era del CESFAM, no recuerdo si era una iglesia cercana al CESFAM, algo así. Pero nosotras a todas las embarazadas les entregamos un folletito invitándolas a las clases de español.” (M, matrona, LP-4)*

*“Ahora que me acuerdo, a propósito de clases de español, la Oficina de Migración logró sostener 3 o 4 años clases de español para migrantes en un colegio acá. Y eso fue súper importante porque derivábamos a todos, sobre todos a las pacientes mujeres embarazadas, las derivábamos a clases.*

*Eso fue súper, súper, relevante e importante. Eso se dejó de hacer un poquito antes de la pandemia por falta de profesor para eso.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“En cuanto a la comuna, la Oficina de Migración es lo que es más "vistoso" (entre comillas) y oficial, no sé cuál es la fecha de creación. Es una oficina chiquitita, partió con un funcionario, después este funcionario tenía una jefatura, ellos entregan orientaciones, se han coordinado con Extranjería, han tenido operativos para regularizar niños, por ejemplo; también la ayuda social obviamente, porque nosotros sabemos de casos por la precariedad de las condiciones de vida que tienen, así es como uno se entera que con un extranjero está con alguna solicitud.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Hubo acá también, hay una organización muy importante, religiosa, que es la Iglesia Betesda, es evangélica. Ellos trabajaron hard con población migrante más que nada en la zona donde están ubicados hay hartos migrantes, en su minuto harta población peruana, ahora mucho haitiano y venezolano. Ellos trabajaron en diferentes cosas, ya de por sí ofrecían diferentes actividades de acción social y abrieron después un comedor por la necesidad de esta población extranjera súper empobrecida y vulnerable. Han sido incluso sede de vacunación en su minuto. Pero eso tiene que ver con que esa organización en particular es sumamente movida, su pastor es muy joven, él es muy movido, y su pareja es nutricionista, entonces además tenía un perfil en salud súper importante, y conocimientos, pidiendo el tema de vacunación.” (M, trabajadora social, LP-3)*

En Curacaví, las actividades intersector que se desarrollaron siguen la misma línea que las de Lo Prado. Se realizaban capacitaciones por parte de FONASA, ya que no todas las personas manejan los conocimientos sobre la calificación de derechos para la creación del RUT provisorio. Se tuvo que hacer una capacitación para que más personas en el hospital pudieran hacer el trámite y poder facilitar el acceso a migrantes. A partir de aquello, se dejó un protocolo de registros clínicos, sobre cómo se debe ingresar a las personas, información que reconocen falta difundir, ya que no lo conocen todos los profesionales del centro, como las trabajadoras sociales.

Por su lado, hay un trabajo articulado entre las asistentes sociales y la municipalidad para ayudar a personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. También derivan a migrantes a iniciativas de personas y organizaciones de la sociedad civil que realizan clases de español para los haitianos.

*“Pocas personas conocen sobre lo que es el NIP, la calificación de derechos, se gestionó una capacitación por FONASA sobre calificación de derechos para que hubiera más personas en el hospital aptas para poder hacerlo con clave de FONASA para poder facilitar un poco el acceso, a pesar de que todavía pasa que no resulta, pero la idea es esa. Se dejó un protocolo también de registros clínicos, cómo se debe ingresar a las personas migrantes, hemos tratado de dejarlo un poco por escrito, tratar de difundirlo, que a lo mejor eso nos falta un poco más, porque lo conocen las trabajadoras sociales, pero... por ejemplo ayer me llegó un correo del encargado de SOME que desconocía el proceso, que son los que inscribe, como que todavía hay que estar reforzando esos temas.” (M, médica, CU-1)*

*“Acá siempre las asistentes sociales, siempre están aptas para poder apoyarlos, no sé, cuando llegaba una mamá y yo veía que la bebida venía muy humilde, la traspasaba a las asistentes. La asistente se movilizaba con la municipalidad, pedía apoyo. Cuando los niños se enfermaban mucho, ellas iban a ver en qué forman vivían, se apoyaban con la municipalidad para poder hacer algún tipo de reparación, pero así, cosas no tan profundas como que una pueda decir "se lo solucionaron", no, era para poder alivianar un poquito el dolor.” (M, administrativa, CU-2)*

*“Mira la idea salió de la sociedad civil, y después hacían el nexo con una ONG que había acá, pero nació porque una profesora de básica quiso empezar a enseñarles. Era más que nada de la sociedad civil y porque les dio lata y les daba pena que no entendieran y los pasaran a llevar por no entender el idioma. Ella de su buena voluntad lo hizo.” (M, TRABAJADORA SOCIAL, CU-3)*

### ***Integración rol facilitadores***

Respecto a la integración del rol de los facilitadores, en **Lo Prado**, mencionan que si bien tienen facilitadoras hace algunos años, señalan que tienen pocas horas de trabajo, ya que asisten dos días a la semana, medio día. Esas facilitadoras fueron incorporadas por el programa Chile Crece Contigo, para atender mejor a las mujeres embarazadas. Sin embargo, observan que hoy en día ha disminuido considerablemente el ingreso de población haitiana y la que se quedó en Chile o en la comuna, tiene un mejor conocimiento del español, por lo que las facilitadoras cada vez son menos necesarias.

Durante la pandemia la facilitadora apoyaba en el ingreso al CESFAM, donde se fijaba en las personas que fueran haitianas para atenderles y guiarles. Debido a las pocas horas de trabajo de las facilitadoras, los equipos se coordinaban para citar a los pacientes haitianos en los horarios en que ellas estaban presentes. Algunos entrevistados dan cuenta de la necesidad de transformar el rol de la facilitadora hacia una administrativa o acompañante de los pacientes que los pueda guiar en su proceso de salud y de trámites legales, dado que cada vez reciben menos población haitiana y en los momentos en los que no están haciendo de facilitadora comienzan a llevar a cabo tareas más administrativas.

*“Aquí tenemos desde el año 2018 p 2017 facilitadora intercultural haitiana. [...] son dos que se reparten en 4. ahora el tiempo que ellas vienen es cortito, ellas vienen por ejemplos 2 días a la semana medio día no más.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Esa facilitadora a nivel nacional la pagó y la solicitó el programa Chile Crece Contigo para poder llegar a atender mejor a las mamás embarazadas porque costaba mucho. Entonces ese programa la instaló como obligatoriedad, y esas platas vienen amarradas al Servicio. Claro, está contratada por la corporación, pero viene del programa, si no estuviese ese programa, no estaría [ella].” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Eso estuvo full hasta el año 2020, desde el año 2020 a la fecha la cantidad de población haitiana que todavía requiere asistencia es la menos, y tampoco están llegando más. Como que se estancó la llegada, no hay personas nuevas, entonces cada día ella tiene menos trabajo, y al final este último año le hemos tenido que dar nosotros trabajo a ella porque ya la población haitiana, ya está hablando español, entonces ya no requiere de ese nexo y no ha llegado gente nueva. Diría yo que hace como 6 o 7 meses que ya no llega ni uno nuevo, y los que han llegado es por traslados internos de comunas, pero hablan el español.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Durante la pandemia sus funciones (de la facilitadora) siguieron siendo las mismas de traductoras, pero también lo que se hizo fue que tuvimos que modificar la forma del entrar al CESFAM, entonces ya no era como que estaban abiertas todas las puertas, sino que se hizo como un flujograma de ingreso, y ella estaba como en la entrada principal. Y ella si veía a alguien haitiano les explicaba cómo estaba*

*funcionando el CESFAM, ella misma iba y les conseguía las horas. Esa fue como su función específica en la pandemia, estar en la entrada principal captando extranjeros.” (M, matrona, LP-4)*

*“Pero se contrataron ciertas horas de facilitadora intercultural en la comuna. Entonces la teníamos ciertas horas de la semana, sobre todo en las mañanas, y los equipos empezamos a organizarnos para poder citar a los pacientes haitianos, sobre todo a quienes no hablaban español, en ese horario para que la facilitadora nos ayudara. Eso también fue otra buena práctica que tuvimos, y ahí claro la comuna puso recursos para eso, porque contrató a la persona.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Y quizás tener un facilitador más allá de un intérprete, como un facilitador, y a lo mejor pensando en lo que tú me planteabas, en reformular el rol de este intérprete que hoy no necesitamos tanto intérprete, pero a lo mejor sí alguien que haga acompañamiento y pueda orientar un poco a la población mirante respecto a los trámites legales y acompañar un poco su proceso en salud.” (M, enfermera, LP-5)*

En Curacaví, la referente del Servicio designó un facilitador según la necesidad de las comunas. Sin embargo, señalan que no es un recurso permanente, por lo que no se puede extender el apoyo de esta figura a actividades de promoción y prevención. Nuevamente se plantea la transformación del rol de la facilitadora hacia uno que cumpla mayores funciones de apoyo en los centros de salud. Sucede lo mismo que en Lo Prado ante la baja de migrantes haitianos, donde la facilitadora queda con menos funciones por la falta de pacientes.

*“(…) la referente del Servicio, ella coordina y ve qué comuna necesitan más, imagino que ella va preguntando en todas las comunas, y de acuerdo a los catastros que tenemos y con eso ella asigna los recursos. Claro, lo contrata el Servicio, pero trabaja acá.” (M, médica, CU-1)*

*“(…) Pero claro como contamos un mes, dos meses con ellos, tampoco es que alcancemos a hacer mucho cuando están, pero si pudiéramos contar con el recurso permanente, claro, se podrían hacer muchas actividades de promoción y prevención.” (M, médica, CU-1)*

*“Siempre es bueno que haya una persona, así como la facilitadora que pudiera estar siempre haciendo llamados, seguimientos de las personas, o sea, así como lo hago yo con los adultos mayores, tener seguimientos permanentes para saber si van a venir, si van a faltar, por qué no vinieron, por qué llegó a urgencias. Yo creo que ella es la que más podría indagar en por qué motivos no vinieron, por ejemplo, ¿te fijas? Porque no vinieron y uno dice "¡chuta, no vinieron!". Pero no tenemos el tiempo de llamar y decir "oiga, ¿y usted por qué no vino?", no podemos porque sería estar todo el día así. Entonces sería ideal que hubiera una persona encargada de revisar esas agendas, para saber por qué motivos no estuvieron acá, por qué motivos han llegado tantas veces a urgencias, por qué motivos sus licencias han sido rechazadas- Ese trabajo lo podría hacer una facilitadora.” (M, administrativo, CU-2)*

*“Y de la facilitadora que estuvo ahora en enero y febrero, a ella le tocó estar conmigo porque compartimos la oficina. Y bueno ella estaba para poder tener contacto con las personas del extranjero, pero un contacto que fue muy breve, porque como te digo, los haitianos han ido bajando la cantidad. Entonces yo creo que ella conversaba con uno o dos en el día, la verdad que se aburría, porque ya no había como antes, antes era todo el día y nosotros estábamos sorprendidos. Pero ahora los haitianos bajaron mucho, mucho.” (M, administrativo, CU-2)*

## ***Barreras al trabajo con población migrante***

Entre las barreras detectadas en **Lo Prado**, mencionan la falta de un programa focalizado dentro de la comuna para trabajar con la población migrante. También, perciben que es necesario desarrollar un mayor trabajo de sensibilización hacia la población no migrante, ya que hay una mala recepción hacia la población migrante, lo cual se traduce en que no les ayudan a acceder a información importante para que se puedan asentar. Se detecta que hay poca empatía hacia la población migrante ya que, según los entrevistados, en la población chilena y en funcionarios, prevalece la idea de que a la población migrante les dan más beneficios que a la chilena.

*“No hay inserto dentro de la comuna algún programa especial que tengan que ver con acciones que se hagan con migrantes, es como que ellos son parte de, pero no hay nada focalizado.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Yo siento que ellos cuando llegan su primer gran escollo es la comunidad donde llegan, porque son muy poco receptivos, son poco empáticos. Entonces el acceso a la información es lo primero que yo veo que es la primera barrera que hay, la falta de información y la poca empatía de las personas que ya están asentadas en un lugar para que les transmitan la información.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Entonces yo tengo la sensación de que la gente no ve que la población migrante ya por ser migrante es vulnerable, no ven esa vulnerabilidad. Y mientras ellos no la vean, cuando tú quieras aplicar cualquier política desde arriba hacia abajo, porque el que decide las políticas públicas y los programas están acá arriba, pero el que la tiene que aplicar es el funcionario de oficina que le llegó que está sentado, y si esa persona sigue pensando que “¿por qué les dan tantos beneficios?” pero no ven que el migrante de por sí solo es vulnerable, esa política pública está destinada a fracasar porque partió de arriba hacia abajo.” (M, trabajadora social, LP-1)*

Otra barrera consiste en la falta de trabajo intersectorial, por lo que no han podido desarrollar contacto con dirigentes comunales de migrantes o de organizaciones de migrantes. A su vez, un aspecto que dificulta la generación de organización con la comunidad migrante es que gran parte llega a la comuna para trabajar y generar ingresos de manera expedita, por lo que se dificulta la tarea de congregarlos.

*“Tampoco tenemos identificadas a las personas claves que sean dirigentes comunales de migrantes, no tenemos idea si existen, a lo mejor la gente está totalmente desarticulada y no se ha articulado. Yo también en el Consejo Local dije que era importante que hubiese un representante comunal de las personas migrantes, pero parece que ellos tampoco están en alguna asociación, o si se juntan en un club, o si se juntan... desconocemos si ellos están organizados. (M, trabajadora social, LP-1)*

*“No se ha hecho nada, ni a nivel comunal ni local, no hay articulación intersector en el tema de migrantes no hay nada.” (M, trabajadora social, LP-1)*

*“Y él trató muchas veces de generar instancias de organizaciones de base. Pero costó mucho que se organizaran, porque en realidad el perfil de los pacientes extranjeros que llegaban acá, eran personas que llegaban con el foco de trabajar y poder generar ingresos rápidamente.” (M, trabajadora social, LP-3)*

En **Curacaví** mencionan la tardanza en la gestión de los recursos, por lo que cuando necesitaban un facilitador, estos llegaron cerca de fin de año, ya que el dinero para pagar se liberó tardíamente. También

se reitera la falta de sensibilización por parte de los funcionarios, donde hay cierta reticencia a facilitar la incorporación y acceso a los migrantes. Junto a lo anterior, los funcionarios no demuestran interés ni proactividad en mantenerse informados sobre los problemas que enfrentan los migrantes que están en situación irregular y cómo ayudarlos con el proceso de conseguir un NIP para la inscripción en Fonasa.

*“Se gestionó dos veces que hubiese un facilitador intercultural en kreyòl acá. [...] El primer facilitador estuvo la primera vez, de octubre a diciembre el 2020, y el 2021 nos llegó una facilitadora, pero lo malo es que, como estos convenios, estas platas se liberan tan tarde, sólo salen a fin de año, ella estuvo diciembre con nosotros y nada más.” (M, médica, CU-1)*

*“Pero lo concreto, como la administración dependía del Servicio, la verdad es que se fue este caballero, y deben haber pasado 3 meses, 4 meses y todavía no le pagaban. Entonces fue sumamente lamentable porque en el fondo para él trabajó en el Hospital de Curacaví y todos estos problemas, pero es como... nosotros somos un organismo dependiente, el Servicio paga gran parte de nuestras cuentas. entonces esa es una dificultad adicional para que nosotros podamos responder con los propios funcionarios que vienen aquí.” (M, médica, CU-4)*

*“En el cargo, sí. ¿qué es lo que te digo que me costaba y sentía, que otros iban como en carriles distintos? Que muchos de mis compañeros profesionales que tenían que estar en la atención me decían "¿y por qué yo tengo que aprender su idioma? Si ellos son los que llegaron a este país, ellos deberían aprender el español, no yo". ¿Te fijas? Ese tipo de respuestas me daban.” (M, trabajadora social, CU-3)*

*“Estar consciente del tema, hay mucha gente que no tiene idea de qué es el NIP, no tiene idea de que es un problema que estén en situación irregular, que se atiendan con el pasaporte- Hay desde el desconocimiento de los funcionarios, hasta tener esta disciplina de ir a revisar, problematizarlo, y poder hacer consciente a la persona para que lo solucione y que tenga más acceso a prestaciones.” (M, médica, CU-1)*

Se plantea como barrera que no exista un departamento de migrantes en la municipalidad y se evalúa que las capacitaciones que se realizan no son masivas, ya que la gente no se inscribe si no les indican que deben inscribirse. Sobre la asistencia a las capacitaciones, precisan que no les entregan facilidades a los profesionales y funcionarios para asistir, ya que no les dan horarios protegidos.

*“Acá en Curacaví nada, cuando fue esto del día del migrante, tratamos de averiguar si en la municipalidad había, porque en muchas municipalidades hay un Depto. de Migrantes, ya eso acá no existe. Así que no hay otras iniciativas.” (M, médica, CU-1)*

*“Entonces no es muy masivo, en realidad si no les mandas el curso asignado como "usted tiene que hacer este curso este año" son pocos los que se inscriben. También por el tema del tiempo, porque no les resguardan los tiempos, entonces al final tienes que hacerlo porque es tu interés personal y lo hacen en un horario no laboral.” (M, médica, CU-1)*

## **Facilitadores para el trabajo con población migrante**

Entre los facilitadores, mencionan que el equipo incorpore una mirada de derechos y que exista disposición y trabajo en equipo dentro del centro. En este sentido, expresan que es fundamental la voluntad de los profesionales para involucrarse en los temas de la población migrante. Por lo general, detectan este interés principalmente de parte de enfermeros y matronas. Igualmente, destacan la importancia de que los equipos tengan flexibilidad para ir transformándose y reinventándose para incorporar nuevos conocimientos e ir dejando barreras generadas por la xenofobia.

*“Yo creo que una mirada de derechos que, con jefatura, a mí me toca personalmente ver esto en mi servicio, en el SOME Central, entonces la mirada de derechos con esto y la disposición del equipo es un trabajo en equipo. Obviamente esta mirada es compartida por la dirección [del centro], tiene que ver con eso yo creo.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Han sido los grupos [enfermeros y matronas] que más he visto involucrados, porque en el fondo su atención tiene una continuidad distinta. Siempre algunos médicos que están más atentos también, que son más inquietos, más busquilla, pero principalmente han sido estas dos profesiones [...]” (M, enfermera, LP-5)*

*“[...] afortunadamente acá el equipo es muy dúctil, se ha ido transformando, reinventando, tenemos un equipo donde también las barreras, o la xenofobia tiende a desaparecer afortunadamente, así que no he tenido mayores dificultades o no hemos tenidos nosotros, o no visualizo, más allá de estos problemas que no son puntualmente de salud. Nosotros hacemos todo lo que está a nuestro alcance como lo hacemos con todos los usuarios.” (M, enfermera, LP-5)*

En **Curacaví**, mencionan que ha actuado como un facilitador el intérprete de Salud Responde, a quien recurren cuando no tienen a su propio facilitador, que indican es la mayoría del tiempo. También ha sido un facilitador el trabajo de la orientadora del hospital, figura que crearon para guiar a adultos mayores y migrantes en pedir hora y en el funcionamiento del centro de salud. La orientadora realiza las gestiones que no puede realizar el resto del personal médico.

*“Hemos difundido el tema de Salud Responde y el intérprete que hay con horas en salud Responde para los momentos en que no contamos con nuestro propio intérprete, que es la mayoría del tiempo.” (M, médica, CU-1)*

*“Entonces necesitaban a alguien (una orientadora) que pudiera apoyar, porque tú sabes, para pedir hora las niñas del SOME están siempre apuraditas por el tiempo, entonces no hay tiempo para sentarse a escucharlos. Entonces se creó mi cupo para poder trabajar con los adultos mayores. (...) Hace unos 6 años atrás, comenzó la parte masiva, a llegar los inmigrantes, entonces chuta quedábamos helados porque no entendíamos nada, o sea a mí me mandaban a todas esas personas, porque como yo tenía el tiempo para poder sentarme, y conversar y orientar. Entonces empecé a ver el tema con los adultos y con los migrantes.” (M, administrativa, CU-2)*

*“Entonces les empezaron a hacer en la iglesia junto con un convento que hay acá de monjitas les hacían cursos a los haitianos, los llamaban los llevaban, e iban y ahí se capacitaban para aprender las vocales, para enseñarle a vocalizar y a comprender. Entonces del 100% de las personas que venían acá, ya un 10% hablaba el idioma. Entonces empezamos a comunicarnos con los que hablaban un*

*poco más, entonces nos tocaba alguien que no hablaba, lo llamábamos, y él nos traducía.” (M, administrativa, CU-2)*

Otro aporte al trabajo con migrantes, son las clases en español que se realizaban desde la sociedad civil a la población haitiana, las cuales fueron de gran ayuda ya que un porcentaje de haitianos comenzó a hablar español y luego les pedían a ellos que les tradujeran cuando llegaba alguien que no manejaba el idioma. Señalan que el hecho de que exista una oficina de FONASA en el hospital también es un facilitador importante en la atención a migrantes para resolver dudas sobre procesos de inscripción. Un último elemento que destacan es la importancia de mantener un buen trato con la población migrante, en particular en relación a la población haitiana.

*“Lo que pasa es que tenemos acá una oficina de FONASA que tienen acá un lugarcito donde atiende. La niña que atiende ahí, ella es muy amable y agradable, y ella muy atenta a poder apoyarnos. Y también ella se retroalimentaba porque estábamos viviendo las mismas experiencias, entonces nos ayudábamos.” (M, administrativa, CU-2)*

*“En general a los haitianos no, al contrario, cuando llegó el facilitador lo recibieron súper bien a los dos, los acogieron. Los mismos haitianos, los que tuvimos acá dicen que prefieren Curacaví a Santiago porque la gente es más amigable, es más cercana. Ellos por lo menos siempre dijeron que tuvieron buena recepción, que había más racismo en Santiago.” (M, médica, CU-1)*

## Aprendizajes y desafíos pendientes en la implementación del Programa en comunas del SSMOCC

### Aprendizajes

Entre los aprendizajes que los entrevistados rescatan respecto a la implementación del Programa y la experiencia de las comunas sin el programa, se señala la experiencia de Salud Responde, donde cuentan con dos facilitadores interculturales, quienes resuelven dudas y apoyan en los centros de salud donde no pueden asignar dinero para contratar a un facilitador.

*“MINSAL lo que se hizo el año pasado fue asignar un recurso para contratar facilitador, pero en Salud Responde en esta plataforma digital ahora hay contratados dos facilitadoras interculturales, y de esa manera poder dar respuesta a las necesidades de los Servicios donde no puedes asignar dinero. Entonces como una mirada más nacional se destinó dinero a eso en vez de hacerlo en forma local a los Servicios.” (M, médico, Santiago).*

En **Quinta Normal** comentan que la experiencia de contar con un referente por centro permite coordinar mejor la articulación entre los equipos ya que facilita la comunicación para trabajar con todos los centros.

*“También la asignación de referente, o sea nosotros ya en este momento ya está consolidado el tener un referente por centro, porque eso también facilita mucho la comunicación con los equipos. Por ejemplo, la planificación la hacemos incorporando dentro de nuestra planificación incorporamos las acciones que hacen desde la Unidad de Participación, o desde la Unidad de Promoción, que las actividades que están haciendo los CESFAM, las actividades del COSAM, entonces de esa forma también trabajamos más coordinados e involucramos a todos los centros.” (M, asistente social, QN-1)*

Se reflexiona sobre el aprendizaje que han tenido los profesionales en torno a la importancia de visibilizar a una población que no estaba siendo atendida adecuadamente. Comentan que ahora han aprendido a visibilizar y atender a las necesidades de la población migrante, lo cual se desarrolló con mayor fuerza debido al ingreso de la población haitiana. En esta línea, han aprendido a mejorar la comunicación y la entrega de la información, atendiendo siempre a las necesidades de la población. Igualmente, plantean que han podido reconocer que necesitaban otro tipo de apoyo y herramientas para la atención de la población extranjera.

*“El programa ha tratado de ir mejorando la entrega de información, la atención con la facilitadora, en las conversaciones con el equipo, que se han integrado en las distintas áreas del CESFAM de la mirada de lo migrante. Que antes, si bien había mucha población migrante, quizás no lo veíamos, o no era tan notorio. En este caso, acá nosotros contábamos con una población de usuarios migrantes peruanos, pero no era tan notorio a como cuando llegó la población haitiana, porque ahí se nos presentó la crisis y la traba con el idioma. Y recién ahí se fue visualizando que se necesitaba este otro apoyo y poder ir teniendo otras herramientas. Desde este punto de vista, igual se ha tratado de poder visualizar a los usuarios, las distintas demandas que pueden presentar, se hace trabajo conjunto con los usuarios en terreno también.” (M, trabajadora social, QN-6)*

En **Melipilla**, mencionan que, para la realización de los diagnósticos participativos, donde es muy difícil juntar a la comunidad migrante, es muy importante entregarles una devolución, ya que prevalece un sentimiento de desconfianza en ellos, por lo que, si no hay devolución, sienten que se aprovechan de para

sacarles información. Otro aprendizaje en torno a estas actividades es que se debe realizar un trabajo metódico y riguroso, en cuanto a que si se realizan actividades, deben sacar fotos, tener una lista de asistencia, entre otros.

*“Sí porque se piden diagnósticos participativos y muchas veces es complicado juntar a la comunidad migrante, porque igual son bien desconfiados, entonces si no vas a tener una devolución, algo que a ellos les vaya a servir, no hay muy buena disposición de parte de ellos. ¿Ya? Yo lo viví porque participé en un diagnóstico que hizo la anterior referente comunal (...) y claro hubo un problema bien grande ahí porque sintieron como que estaban aprovechándose un poco del grupo para sacar la información, entonces después no les retribuyeron nada a ellos.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“Entonces yo creo que ahí uno tiene que generar un trabajo más metódico, en cuanto a: hago esta actividad, saco la foto, la lista de asistencia... Que son cosas que uno habitualmente las hace pero otras veces me olvidé, me preocupé de otros detalles, y no lo vimos y después uno lo cuenta, pero como no tienen nada documentado, finalmente es como si no se hizo.” (M, MATRONA, ME-3)*

En las comunas sin programa, como **Lo Prado**, hay un aprendizaje en torno a los derechos de la población migrante cuando están en proceso de conseguir los NIP, en el sentido de qué prestaciones de salud pueden entregar a la población migrante que no cuenta con RUT. La ley indica que se deben entregar prestaciones en situaciones de urgencia, pero manifiestan que existía poca claridad cuando no son situaciones de riesgo vital, pero que son relevantes; como embarazadas, niños o personas con diagnóstico cardiovascular. En este sentido, el aprendizaje también se encuentra en el trabajo del equipo de operacionalizar esta ley para poder efectivamente resguardar los derechos de las personas en la práctica.

*“La clarificación en esta mirada de derechos, de tener completa claridad de mientras logramos conseguir estos NIP, ¿qué prestaciones de salud entregar? Porque esta ley dice claro que uno tiene que entregar las prestaciones de urgencia, de personas que corren riesgo vital, pero nos encontramos con todo lo otro que no es urgencia y que es importante. Por ejemplo, todas las personas que vienen con diagnóstico cardiovasculares, o embarazadas, o niños.” (M, trabajadora social, LP-3)*

*“Esas son las acciones que te puedo decir que hemos tenido que tienen que ver con una muy buena práctica, que tienen que ver con un trabajo del equipo de poder generar, operacionalizar esta ley en verdad, porque las leyes pueden ser muy buenas y resguardar mucho, pero si no la operacionalizas no llega a ningún lado.” (M, trabajadora social, LP-3)*

## **Desafíos**

### *Perspectiva intercultural*

Al ser consultados por los desafíos en la implementación del Programa, se plantean varios en torno a la falta de una perspectiva intercultural y la prevalencia de prácticas discriminatorias. Plantean como un desafío comenzar a reconocer que existe discriminación para poder abordarla. Expresan que falta trabajar la discriminación que prevalece en el área de maternidad en Melipilla. A su vez, consideran que falta mucho desarrollo para efectivamente aplicar una perspectiva intercultural, ya que no es suficiente el trabajo con las facilitadoras que hacen traducción lingüística y explican algunos elementos culturales, sino que hace falta generar espacios de intercambio cultural, donde se incluya la perspectiva intercultural en

los programas y en las atenciones. Asimismo, falta ahondar en temas de salud mental, respecto a los procesos y duelos migratorios.

Enfatizan en la necesidad de que deben comprender las diferencias culturales, para así respetar prácticas que para los distintos migrantes están bien, aunque para la cultura chilena no sea así. De esta forma, cualquier aspecto relacionado con la salud, las recomendaciones desde los profesionales deben realizarse con respeto, empatía y comprendiendo que provienen de prácticas culturales distintas.

*“En Melipilla estos casos de discriminación...en el escenario actual todavía no está validado, o no es reconocido algo tan patente como la discriminación, pero existe, existe. Que no se aborde, que no se le mire, que no se le intente dar una equidad transversal no significa que no sea patente y que no sea sentido por los mismos usuarios. Entonces como esa discriminación en la maternidad de Melipilla no se le alcanzó a dar trabajo, porque no es cosa de mandar un correo o una normativa o algo al departamento de obstetricia del hospital para tener una atención con pertinencia intercultural, eso es un trabajo que se debe hacer de a poco y a lo largo del tiempo, porque requiere confianza porque se siente súper invadido el personal clínico cuando tú vienes con el tema de la interculturalidad.” (M, médico, Santiago)*

*“Una de las cosas que es un debe que todavía tenemos, es que claro tenemos las facilitadoras que hacen la traducción lingüística y también un poco cultural, pero en eso falta avanzar mucho. Que es el mismo tema que tenemos con el programa de pueblos Originarios, que es lo que...la gente llama así de la Salud Intercultural, eso yo encuentro que todavía estamos muy al debe en general, de realmente generar espacios de intercambio cultural, de poder incluir la perspectiva intercultural en los programas, en las atenciones. En esa área estamos al debe, y en ese mismo aspecto de ahondar en los temas de salud mental, todo lo que tienen que ver con los procesos migratorios, los duelos migratorios, yo creo que en eso estamos muy al debe.” (M, asistente social, QN-1)*

*“Porque ellos además tienen otras costumbres, otra cultura. Entonces de repente ellos tienen dentro de su cultura establecido otras cosas que para nosotros no son buena o no son correctas. Pero también nosotros tenemos que ser capaces de entender que es así y respetarlas también. Entonces todo eso ha costado, pero se hace con mucho respeto, con mucho respeto porque uno también tiene que ver de dónde viene la persona, cuál era su cultura, su ambiente, esa es la actitud.” (M, enfermera, QN-2)*

Dentro de los prejuicios que son necesarios de ir derribando mediante una mirada intercultural efectiva, se encuentran las diferencias que existen entre las diversas nacionalidades y Chile en torno a la forma de educar y criar a niños. En específico, se producen choques con la cultura haitiana. Se relatan estos choques culturales entre los profesionales de la salud y madres haitianas en cuanto al apego que tienen con sus hijos, cómo tratan a los niños, cómo los educan, lo cual en los centros de salud se estima en ocasiones como maltrato infantil, por lo que el primer impulso suele ser realizar una denuncia en vez de educar a las madres haitianas de que en Chile eso no se realiza. Un desafío para los profesionales es también aprender de ellos, recibir más capacitaciones sobre las distintas culturas con las que tratan y sobre cómo son sus sistemas de salud, para de esa manera hacer un trabajo en conjunto con la población migrante. Este conocimiento, también evitaría varias situaciones de prejuicio.

Otro desafío es que la perspectiva intercultural y los esfuerzos se dirijan a toda la diversidad cultural del territorio, ya que observan que se ha centrado principalmente en la población haitiana y no, por ejemplo, en la población quechua, con quienes también enfrentan problemas de comunicación.

*“Hay varios conflictos con las migrantes haitianas, hay demasiados: con el apego, y también con los alimentos, con la lactancia, con el trato, cómo tratan a los niños, la educación de los haitianos con los niños...allí hay varios. Y tienen que enseñar y explicar con paciencia, porque había un caso- tú cachas que cada país tiene su cultura, y había una mamá que retó a un niño, pero no es solamente retar, sino que en la mano también pueden darle una palmada para que el niño tenga un poco de miedo. Entonces había una mamá que estaba retando a su bebé así, y había una funcionaria que estaba viendo esto, y yo le dije "ah, eso algo cultural, yo sé que acá no se puede hacer, pero tienen que explicarlo a la mamá, no llamar a la policía para hacer la denuncia", antes de hacer la denuncia tienen que hacer la educación.” (M, psicóloga, QN-3)*

*“Que nos pudiesen capacitar de acuerdo a lo cultural de las distintas nacionalidades que llegan a nuestras atenciones. Porque si bien ellos llegan a nuestro país y se tienen que ir adecuando en nuestra cultura, nosotros también necesitamos aprender un poco de dónde vienen ellos para hacer un trabajo en conjunto. Y muchas veces acá los mismos colegas no tienen esa misma disposición porque no hay un trabajo detrás. Y tenemos que también informarnos de cómo es su cultura, porque no voy a criticar abrazadas de tantos meses y que llegan acá casi para tener el bebé porque al o mejor en sus países de origen no es así la situación de salud.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“También hay una deformación respecto de lo que es el trabajo -creo yo- intercultural y se razona fundamentalmente hacia la nación de Haití, hacia las personas haitianas, y no, por ejemplo, lo que ha estado pasando mucho últimamente que es las personas de origen quechua que nos han generado una serie de dificultades en términos de que no los comprendemos.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Como que a nuestro PRAPS y ahí aparte del presupuesto, le falta darse cuenta que el tema es mucho más que la población haitiana. No hacemos un trabajo intercultural si solamente hablamos de la población haitiana, porque como tú decías hace un rato, ¿qué pasa con los pueblos originarios? ¿qué pasa con la población quechua? ¿Qué pasa con las personas que tienen no temas idiomáticos, sino más bien de formación? De cultura, dificultades para poder vincularse con los sistemas de salud.” (H, trabajador social, ME-1)*

### Otros desafíos

Entre otros desafíos que se mencionan, se encuentra la integración de la atención secundaria y hospitalaria al Programa. Sucede que, a nivel hospitalario, aún hay desconocimiento sobre al acceso a servicios cuando las personas tienen RUT provisorio. En este sentido, también identifican que es importante trabajar en torno a los servicios de urgencia, donde desconocen cómo proceder con las personas indocumentadas o que aún no han realizado su trámite del NIP. Consideran importante que más que un intérprete, en esas situaciones se requiere de un facilitador que oriente a los pacientes.

*“Y yo involucro también a los hospitales porque allí hay otra realidad que cuesta más abordarla. ¿Por qué? Porque al ser una referencia desde la atención primaria no te da mucho el tiempo, y muchas*

veces no está reconocida la autoridad para ir desde atención primaria a trabajar en temas de hospitales, a veces, a veces hay como que ir forjando el terreno, los lazos, las redes, la conexión [entre APS y hospitales], y eso tarda.” (M, médico, Santiago)

“A veces llegan caso en donde...en la red secundaria, por ejemplo, la persona cuando va al hospital, todavía hay un poco de desconocimiento en cuanto al acceso que tiene que ver con el RUT provisorio, entonces todavía falta ahí un poco de información.” (M, asistente social, QN-1)

“Yo creo que hay que trabajar fuerte también el tema de los Servicios de Urgencia. Falta información o difusión respecto a las atenciones de urgencia, si está indocumentados o si no han hecho su trámite del NIP, porque muchos rebotan porque el SAR les cobra, entonces como no quieren pagar o algunos no tienen para pagar, vienen acá. Entonces yo creo que ahí a lo mejor sería súper potente tener este recurso de algún facilitador, más allá de un intérprete.” (M, enfermera, LP-5)

Otro desafío es integrar a la población migrante a la participación en salud, que se incorporen en los consejos consultivos, en los equipos territoriales de los centros de salud. Igualmente es un desafío que se integren a los diagnósticos participativos que hacen los centros y, se presenta el desafío de que las personas que llevan mucho tiempo trabajando en los comités locales, acepten a la población migrante.

“Yo creo que un desafío grande es integrar a la población a la participación en salud. Yo siento que la participación en salud de la población migrante es muy poca. En los consejos consultivos, en los equipos territoriales de los centros de salud, porque tú sabes que los CESFAM estamos divididos en equipos territoriales, entonces ahora con la pandemia estamos como que todos somos uno, pero cuando pase vamos a tener que volver al trabajo de antes. Entonces también deberían incorporarse al trabajo con los comités de salud locales que tenemos, y aparte, obviamente con el consejo consultivos, que siento que tienen que estar más representados en lo que es Participación.” (M, enfermera, QN-2)

“[...]también ellos integrarse a los diagnósticos participativos que hacen los centros. Por eso creo que es importante que participen, porque claro yo hago un diagnóstico participativo con mi consejo consultivo, pero no veo extranjeros en él, pero sí es importante porque a lo mejor hay una necesidad percibida por ellos distinta a las nuestras, por eso es importante la participación, para saber en qué podemos nosotros ayudar más.” (M, enfermera, QN-2)

“Es una de las áreas más complejas y difíciles que es el tema de potenciar la participación de la población migrante en los comités locales de salud, y ahí uno tiene que hacer el doble trabajo de captar población migrante que quiera participar, pero a la vez que la población que ya participa en el comité local, que ya tiene cierta historia y vinculación con el centro y con los profesionales en específico que se trabajan desde el área de Participación Social, acepten y entiendan por qué van a participar los migrantes, porque generalmente son gente que lleva muchos años trabajando en el Comité Local.” (M, matrona, ME-3)

En **Melipilla** identifican que falta trabajo comunitario y trabajo de sensibilización con la población y con instituciones como bomberos, carabineros, colegios, jardines infantiles, entre otros. El objetivo sería sensibilizar en torno a las condiciones de vulnerabilidad en la que viven los migrantes. También, incluyen dentro del trabajo comunitario el desafío de aprender otros idiomas, como kreyòl y quechua, y también aumentar el foco y sensibilización respecto a la población quechua, sobre quienes tienen poco conocimiento.

*“Queremos participar también de las reuniones de las juntas de vecinos de acá del sector para poder sensibilizar un poco más con el tema de migrantes. Realizar también algunas charlas o conversatorios en conjunto con carabineros, bomberos, en los colegios y jardines infantiles de nuestro sector para sensibilizar en las determinantes sociales que influyen en este grupo.” (M, trabajadora social, ME-2)*

*“Desafíos pendientes, yo creo que nosotros como referentes deberíamos aprender kreyòl, porque mucho piensan que ellos se tienen que adaptar a nosotros, pero nosotros también podríamos ser un gran apoyo aprendiendo un poco, cosas básicas. También como desafío acercarnos más a la comunidad quechua, que tenemos una gran población, pero tenemos poco conocimiento de ellos, estamos más enfocados a la población haitiana que a los bolivianos que están de mucho antes que ellos; yo creo que ese es un desafío para nosotros.” (M, trabajadora social, ME-2)*

En comunas sin programa, precisan en la necesidad de que se den a conocer bien las prestaciones que les ofrecen, más allá de las prestaciones a las que tienen derecho, ya que en ocasiones exigen servicios que no se ofrecen en los centros de atención.

*“Yo primero haría difusión de las prestaciones que tenemos para ofrecerles. Una vez me pasó que ‘es que yo tengo derecho a que me vea un psiquiatra’, y acá nosotros tenemos que explicarle que acá no tenemos psiquiatra, que acá hacemos derivaciones a especialistas, entonces no pueden exigir tantos derechos sin saber ni qué prestaciones tenemos. Como que por ahí hay que empezar. Entonces por ahí ellos pueden malinterpretar el tema del derecho. No sé si se entendió. Ellos [inmigrantes] en el tema del derecho se pueden confundir si no lo sabemos explicar bien.” (M, trabajadora social, CU-3)*

Otro desafío para las comunas sin programa es actualizar la información sobre la población migrante en la comuna y hacer un nuevo levantamiento sobre cuánta población migrante tienen, ya que perciben que mucha población ha emigrado, por lo que la realidad de la comuna se ha ido modificando bastante. A su vez, la actualización es necesaria para que conozcan las necesidades que tiene la población.

*“Yo creo que específicamente es hacer un nuevo levantamiento de información y conocer cuánta población tenemos. Comenzando por conocer cuánta población tenemos, porque de verdad que ha emigrado bastante, que se han devuelto. Entonces que los daos que nosotras teníamos yo creo que han modificado bastante.” (M, trabajadora social, CU-3)*

*“Entonces por ahí no sé cómo lo podríamos hacer si no conocemos las necesidades que tienen. Porque como te digo, los venezolanos demandan atenciones. Y haitianos quedaron menos, muchos menos en la comuna. Y cuando ellos demandan la atención más que nada es por temas de embarazos de sus parejas. Entonces ¿cómo intervenir? y cómo poder hacer un trabajo con ellos si no tenemos claro por qué un venezolano se enferma, no sabría decirte.” (M, trabajadora social, CU-3)*

*“Yo creo que acercarnos más a la población migrante, saber dónde viven, saber las condiciones, como que el diagnóstico, tenemos que hacerlo nuevamente porque no...no tenemos claras las condiciones en las que está la población migrante, sólo de los que se acercan. Pero falta esta salida a terreno, vamos sabiendo sólo a medida que se acercan a solicitar un Servicio.” (M, médica, CU-1)*

## Recomendaciones

### *Buenas prácticas*

Dentro de las recomendaciones que entregan los entrevistados, se encuentra el mantener buenas prácticas con los usuarios; mantener comunicación con ellos, pedirles los contactos, invitarlos a participar de actividades, preguntarles si les interesa recibir información y hacer un seguimiento de los usuarios. Enfatizan en que es muy relevante ser cercanos con los pacientes, que los reciban con buena actitud. En este sentido, el rol de la facilitadora resulta fundamental para que el centro se perciba más cercano para los usuarios, ya que se sienten contenidos por ella.

*“El poder mantener una comunicación con el usuario, en el sentido de que, si hacemos una actividad, tomamos los contactos, queremos saber si ellos quieren participar, si están interesados en recibir información, y tenemos un pequeño catastro de esos usuarios y participan con nosotros, a los cuales podemos seguir haciéndoles entrega de información invitándolos.” (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Y ser cercano con el usuario, creo que eso es la pera de acceso a ellos, que nosotros los recibamos con una buena actitud. Creo que ayuda mucho contar con este rol...la facilitadora, hace que el centro sea más cercano con los usuarios porque ellos se sienten también contenidos en ella, y se ven reflejados un poco con la facilitadora, eso fue algo que nos mencionaron una vez en unos de los diagnósticos.” (M, trabajadora social, QN-6)*

Consideran que es una buna práctica mantener capacitaciones constantes. También relevan la importancia de generar un trabajo articulado con los distintos equipos del Servicio, como son promoción y participación. Sugieren mantener la figura del referente comunal, ya que permite unificar el trabajo que se hace en cada uno de los centros ya que todos deben dar respuesta a una misma línea de trabajo, manteniendo cada centro su autonomía de funcionamiento.

*“La otra, que me gusta mucho mencionarla, porque yo creo en la capacitación, es generar espacios de capacitación para los equipos, en este tema- también una frase que uso mucho yo, pero estamos en un pega donde uno a veces sabe tan poco y que de ti depende tanto y uno sabe tan poco que uno dice ‘chuta, úrgete, preocúpate, fórmate, lee más’, porque de las decisiones que estamos tomando todos los días en nuestros espacios en los box depende la vida de una familia, de una persona, de una comunidad. Entonces eso nos obliga a entender que la capacitación tiene que ser una línea continua en el tiempo. Y eso también como buena práctica me parece importante que lo podamos entender.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Yo creo que desde lo nuestro, como locales las alianzas que generamos del equipo de migrantes con promoción y Participación, yo creo que hasta el momento ha sido un gran acierto, porque ha permitido potenciar al equipo en general en distintas áreas, tanto en Participación, en Promoción, en Migrantes, en Rehabilitación que también es un programa de acompañamiento. Pero que en el fondo permite potenciar el trabajo comunitario en general, y también en lo individual de cada uno de los programas.” (M, matrona, ME-3)*

*“El referente comunal del tema de migrantes...yo creo que esa figura sí permite unificar el trabajo que se va a hacer en cada uno de los centros, hay una línea general, comunal en la cual todos dan respuesta, independiente de cómo se organiza uno a nivel local. Pero vuelve ahí a ser lo mismo que*

*comentaba anteriormente, esta cascada de que cada grupo por sí solo arma algo, pero si los unificamos todos es algo más macro, entonces si cada centro tiene su programación a nivel individual, entonces da un resultado a nivel comunal de manera más transversal. Yo creo que esa lógica organizacional en cuanto a la atención de migrantes es favorecedora, pero sí manteniendo un equilibrio yo creo con las decisiones locales de cada uno, o las autonomías del funcionamiento de cada uno de los centros.” (M, matrona, ME-3)*

### **Importancia de implementar el Programa**

Se recomienda incorporar el Programa en todas las comunas del SSMOCC, bajo la convicción de que es necesario de implementar dado la importancia de su impacto. Es decir, si todos manejaran las herramientas y conocimientos que otorga el Programa, se podría mejorar el acceso a la salud de la población migrante y podría existir un trabajo articulado si todos manejan la misma información y líneas de acción. Los entrevistados también resaltan el aporte que realiza el Programa en torno al trabajo comunitario no sólo para develar las necesidades de la población migrante, sino que también para sensibilizar a la población chilena respecto a las condiciones de la población migrante e ir eliminando prejuicios que llevan a establecer una dinámica xenofóbica y discriminatoria.

*“Yo creo que siempre es bueno que todas las comunas trabajen una misma política- bueno, todavía no es política, si fuera una política ahí todos tendríamos que trabajar en lo mismo. Pero creo que sería que todos participaran en el programa que todos tuvieran el acceso, de manera que todos manejáramos la misma información y que todos supiéramos cómo se debe hacer con la población, qué debemos darle, qué es lo que nos están pidiendo” (M, enfermera, QN-2)*

*“Yo creo que sí porque hay comunas cercanas que cuentan con población migrante y que ahí es donde pasan este tipo de situaciones, que en los distintos CESFAM no tienen este programa en ejecución, ellos llegan simplemente a las urgencias, y quizás nosotros podemos informar acá, pero se van a seguir replicando ciertas cosas, y es porque en estas comunas no se puede hacer ese trabajo de educación, promoción que nosotros sí estamos ejecutando ahora. Entonces creo que sería muy enriquecedor para las distintas comunas del Servicio disponer de este tipo de programa y ejecutarlos en todas las comunas, yo creo que sería un bien para todos. (M, trabajadora social, QN-6)*

*“Si tú me preguntas recomendar, por supuesto, si es algo que uno recomendaría para que se implementara en la mayoría de los centros, en la mayoría de las comunas, sí. ¿Y sabes por qué? Porque el diagnóstico participativo que hicimos el año pasado, para el cual se le consultaba a las personas respecto de lo que estaba pasando respecto de la población migrante, es terrible. Si no dirigimos, si como salud no dirigimos la atención a que tenemos que hablar de esto de maneja más recurrente, lo que va quedando es que las personas van pensando, las personas no migrantes, los chilenos van pensando que las personas migrantes son una amenaza.” (H, trabajador social, ME-1)*

*“Entonces como salud tenemos una responsabilidad enorme de intentar transformar ese argumento, porque ese argumento es nocivo, habla de mucha xenofobia, habla de mucha rabia que está acumulándose, [...] Entonces en ese sentido, si es importante o no implementar esto programas, es demasiado importante, porque uno tiene una responsabilidad desde salud que es llegar con un argumento distinto, que es que las personas tienen el derecho de migrar, de llegar a lugares para tener una mejor oportunidad de vida, que eso no se vaya transformando en una amenaza constante y*

*que se vaya repitiendo, repitiendo, y que la gente lo comente y lo diga, porque finalmente -yo siempre uso esa frase, si no somos nosotros ¿entonces quién? Mira por dónde está entrando el tema e la preocupación por los migrantes, seguramente por muchos lugares más, pero salud, salud es una plataforma demasiado importante que tienen que tener opinión,[...]". (H, trabajador social, ME-1)*

# Observaciones etnográficas y registro fotográfico

## 1. CESFAM 1, MELIPILLA

**Fecha de observación: 21 de enero, 2022**

El Cesfam 1 (confidencial para efectos de este estudio), ubicado en la ciudad de Melipilla, es un recinto que corresponde a Cesfam y Sapu a la vez. Ambos comparten la misma entrada, pero tienen salas de espera y pabellones diferenciados al interior.

De acuerdo a la descripción de los profesionales encargados del PRAPS Migrante, hay una falta de espacio generalizada en el CESFAM, hay personas que no cuentan con un box propio, y por lo mismo los profesionales deben compartir los boxes tomando turnos para sus atenciones.

En la entrada se encuentra la oficina OIRS, que no cuenta con un espacio cerrado para la atención, lo cual puede producir situaciones un tanto incómodas para algunas personas. La trabajadora social de la OIRS es quien muchas veces se encarga de la inscripción de usuarios nuevos en el centro. A ratos el espacio de la OIRS se hace un poco incómodo, sobre todo cuando es necesario inscribir a varias personas juntas (un grupo familiar, por ejemplo), en esos casos se revisa si hay algún box disponible para poder realizar la atención en un espacio más privado y cómodo. En la otra sala de espera hay un pequeño box de paredes acrílicas opacas para la atención salud mental.

Dentro del centro hay dos comedores que se utilizan además como salas de reunión por parte del equipo de promoción y participación. También en la parte posterior del centro, hay una sala multiuso que es utilizada para todas las actividades comunitarias del centro, así como reuniones de equipos más extensos: talleres con grupos de pacientes crónicos, adultos mayores, actividades de promoción, etc. Debido a su alta demanda es necesario agendar su uso con bastante anticipación, y existiría la necesidad de contar un espacio diferenciado para llevar a cabo reuniones.

Al momento de la visita estaba terminando el horario de atención en APS y estaba comenzando el horario de atención de SAPU, conforme iba avanzando la tarde había cada vez más personas esperando bajo los toldos a la entrada del recinto.

- **Espacio destinado para el trabajo de referentes migrantes, facilitadores/as y atención a migrantes internacionales**

La referente de este Cesfam es trabajadora social y tiene a su cargo otras tareas dentro de la institución. La referente sí cuenta con una oficina propia dentro del Cesfam para realizar sus labores, incluyendo aquellas relacionadas al PRAPS Migrante.

La facilitadora intercultural no tiene un espacio propio para realizar su trabajo, lo cual supone algunas dificultades. En aquellas ocasiones en las que necesita un espacio cerrado para el trabajo con paciente utiliza la oficina de la referente. La facilitadora generalmente se encuentra en la entrada del Cesfam ayudando con la entrega de horas y el protocolo Triage, y acompaña a sus pacientes por diferentes lugares del Cesfam.

Dentro del Cesfam no hay un espacio exclusivo destinado a la atención de migrantes internacionales por parte del mediador en este centro, cuando es necesario utiliza la OIRS o la oficina de la referente.

- **Señalética intercultural**

Se observan algunas señaléticas traducidas al creole, y destaca un stand informativo con varios informativos impresos en creole. El stand va cambiando de lugar para que la información llegue a la mayor diversidad de usuarios posible (de todos los sectores, que van a todas las prestaciones, etc.), y también para balancear la cantidad de información disponible en cada sala de espera: por ejemplo, no dejar siempre el stand informativo en la sala en la que se encuentran todos los diarios murales del equipo de promoción.

También había una serie cápsulas audiovisuales de promoción en salud que eran proyectadas en las pantallas de la sala de espera del Cesfam, entre las cuales hay una que consiste en información sobre el PRAPS Migrante. En los anexos hay fotos de señalética traducida al creole.

- **Prácticas y dinámicas de relacionamiento de usuarios migrantes y equipos de salud**

Se realizó una breve observación en la sala de espera y a la entrada del Cesfam. Debido al horario (viernes entre las 15.30 y las 16.30 hrs.), la mayor parte de las personas que se encontraban ahí eran para ser atendidas en la parte correspondiente el SAPU, no al Cesfam.

Las personas extranjeras que se encontraban dentro del Cesfam eran algunas trabajadoras de la limpieza del Cesfam, quienes se encontraban realizando sus labores. Uno de los funcionarios de salud de nacionalidad haitiana. Y, una mujer adulta embarazada, porque se trataba de una atención en el sector correspondiente al Cesfam en el recinto, la vi en la sala de espera sin acompañante, luego entrar a uno de los boxes, y finalmente en la entrada en el SOME.

Afuera del Cesfam en bajo el toldo y sillas dispuestos para esperar vi a un par de familias que parecían de origen Boliviano (un grupo compuesto por una mujer adulta, un hombre y un bebé; otro por dos mujeres adultas y un hombre), y dos hombres jóvenes que parecían ser de nacionalidad haitiana. El trato por parte de los encargados del Triage parecía ser igual con las usuarias y usuario chilenos y extranjeros.

De acuerdo a la descripción de los referentes, en general la facilitadora se encuentra también en la entrada del centro realizando el Triage, en la OIRS o en el SOME, por lo que sería fácilmente accesible por los usuarios que requieran de su apoyo en las atenciones. Los acompaña a realizar el ingreso al centro, y luego a sus respectivas atenciones en los boxes de los profesionales que correspondan.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

Frontis del Cesfam donde se habilitó otro espacio de espera y se realiza el Triaje



Carta de derechos y deberes del paciente traducida al kreyól



Stand informativo con trípticos con información relevante de salud y acceso al sistema de salud en castellano y kreyól



Sala de espera en la que se pueden observar las cápsulas informativas en el monitor de la pared



Oficina de la referente de migración



OIRS



Box de atención en salud mental



Entrada a la sala multiuso



Alrededores del Cesfam



## 2. CESFAM 2, QUINTA NORMAL

**Fecha observación: 31 de marzo 2022**

La infraestructura del Cesfam 2, ubicado en la comuna de Quinta Normal, es bastante antigua, el edificio antiguamente era un centro de salud perteneciente a una organización católica. Por lo tanto, este recinto no tiene la misma estructura que otros Cesfam, es decir, un gran hall a la entrada que atraviesa el edificio a todo lo ancho, y pabellones con box perpendiculares a las salas de espera, sino más bien se trataba de salas de espera rodeadas en todas las direcciones por los diferentes boxes. Esto implicaba que las salas de espera no cuentan con ventanas que permitan la entrada de luz natural ni la circulación de aire.

Este centro al momento de la visita todavía estaba funcionando con la redistribución de funciones que había implicado la pandemia: un ala del centro estaba dedicado a atender casos de COVID y la población de ambos sectores correspondientes al centro estaba siendo atendida en el espacio que correspondía al Sector 2. Durante las tardes además este Cesfam funciona como SAPU.

- **Espacio destinado para el trabajo de referentes migrantes, facilitadores/as y atención a migrantes internacionales**

La referente del centro es la trabajadora social que forma del equipo de atención domiciliaria, y cuenta con un espacio de trabajo compartido con el resto de su equipo, pero por sus labores pasa mucho tiempo de su jornada en terreno.

La facilitadora intercultural por su parte no cuenta con espacio propio para su trabajo ni para la atención de usuarios, ni tampoco con dispositivos como computador o teléfono celular. Cuando se encuentra en el Cesfam transita entre la entrada al Cesfam y la oficina de Per Cápita.

- **Señalética intercultural**

El Cesfam cuenta con bastante señalética traducida al creole y mapuzungún. Todos los sectores y box del centro cuentan con placas de acrílico o vidrio que señalan de qué lugar se trata tanto en mapuzungún, como en creole y castellano. Estas placas fueron financiadas por un proyecto de buenas prácticas. Además, el centro cuenta con la carta de deberes y derechos del paciente traducidos al creole, un diario mural con información sobre la tramitación de visas en Extranjería, otro diario mural dedicado a las personas migrantes con diferentes tipos de información de promoción de la salud así como de trámites traducidos al creole, y en otros diarios murales (por ejemplo sobre enfermedades respiratorias) parte de la información también se encontraba traducida al creole.

- **Prácticas y dinámicas de relacionamiento de usuarios migrantes y equipos de salud**

De acuerdo a lo conversado la encargada de OIRS y la facilitadora, en el Cesfam habría un ambiente bien comunitario. Ellas decían que los funcionarios y funcionarias del centro conocían a los usuarios. Sabía de sus vidas, de por qué venían. Durante el rato que estuvimos ahí, vi a la encargada de OIRS conversar con

una usuaria (señora de alrededor de 50 o 60 años) de manera cercana y familiar, haciéndose preguntas sobre su vida y su bienestar general. También vi a otra mujer de entre 60 y 70 años conversar varios minutos con los jóvenes que estaban a cargo de la puerta.

De acuerdo a los relatos de los funcionarios del Cesfam, se habrían dado situaciones de discriminación por parte de los usuarios con los trabajadores extranjeros del Cesfam, sin embargo, fueron situaciones bastante excepcionales. Hubo, por ejemplo, hace años una agresión física por parte de una usuaria chilena contra la facilitadora motivada por el racismo. Fue necesario pedirle a la persona que se retirara del centro.

De acuerdo con la encargada de OIRS las situaciones de mayor tensión que se dan con las personas extranjeras (aunque no son exclusivas por parte de este grupo) se deben a los tiempos de espera para la atención de urgencias tanto en horario de Cesfam como en horario de atención del SAPU, y los tiempos de espera para la atención en la oficina de Per Cápita.

En un momento llegó al Cesfam un hombre haitiano de unos 50 años, conversó a la entrada con los jóvenes, y luego una vez dentro la facilitadora lo vio, hicieron contacto visual, él se acercó un poco mientras hablábamos y ella lo atendió, conversaron en creole y ella lo guio hacia la espera de espera donde se ubica el S.O.M.E. del sector 1.

La facilitadora me comentó que por lo general ella se encuentra en la puerta si no está con un paciente, de tal manera que, si llega alguien por primera vez, ella acompaña su proceso desde que entra al Cesfam, pasando por la inscripción la toma de horas. Le piden una hora para hacer una evaluación con alguna de las trabajadoras sociales del centro, además de darle indicaciones respecto al funcionamiento del centro; este trabajo lo realiza tanto con personas haitiana que necesitan de su apoyo como intérprete, como con otros usuarios extranjeros de otras nacionales que se acercan al centro por primera vez. Cuando tiene pacientes que requieren de sus servicios de intérprete, acompaña a la persona desde el ingreso, durante la atención en box con el profesional de la salud que corresponda y el egreso, incluyendo toma de horas en el S.O.M.E. de ser necesario. Cuando realiza atenciones en box queda registrado en la ficha clínica del paciente.

- **Condiciones de vida de población migrante en la comuna**

Los funcionarios del centro habrían identificado tres fórmulas habitacionales (cada una con su espacio específico) particularmente vulnerables en las vivirá la población migrante: (i) La primera son sectores de las comunas en las que hay varios cités, que se arriendan a varias personas o familias, así como casas remodeladas en las que se construyen muchas piezas en condiciones a veces precarias. En este tipo de viviendas sería usual encontrar población haitiana. En el sector Lo Espinoza habría varios cités, así como cerca de las intersecciones de Matucana con San Pablo, y Matucana con Mapocho. (ii) Por otra parte, hay sectores de la comuna en la que se han construido muchos edificios habitacionales que concentran mucha población debido a la cantidad de unidades que albergan, en los cuales también se darían situaciones de hacinamiento. En ellos vivirían población venezolana y colombiana. El sector de Villasana

sería uno de los espacios en los que daría esta situación. (iii) Y también hay dos sectores correspondientes al Cefam Lo Franco en el que se han instalado y han ido creciendo campamentos. Uno de ellos en el triángulo que se forma entre las avenidas Carrascal, Balmaceda y Román Spech, incluyendo el paso ferroviario sobre nivel. Este campamento se habría conformado antes de la pandemia, pero habría crecido durante ésta. En ellos es viven personas extranjeras, así como familias completas (y también chilenas). El otro campamento estaría en un sector cercano frente al Parque de la Familia.

También indicaron que es posible ver a personas inmigrantes trabajando como vendedores ambulantes de comida en las veredas de estos complejos inmobiliarios donde se concentraría la población, así como en las ferias libres de la comuna, donde trabajan como coleros.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

Diario mural con información sobre trámites de migración en la sala de espera del CESFAM atrás de la oficina de Pér Cápita



Diario mural con información para las personas migrante, tenía varias informaciones traducidas al creole



Carta de derechos y deberes el paciente en creole, ubicada en la sala de espera del Sector 1 del CESFAM



Letreros traducidos al mapuzungún y al creole que indican a qué corresponde cada espacio



Vista del frontis del Cesfam Lo Franco



Vista calle aledaña al Cesfam Lo Franco



Vista de la entrada del Cesfam y la oficina de OIRS



### 3. CESFAM 3, LO PRADO

**Fecha de visita: 21 de marzo 2022**

La visita se realizó el día lunes 21 de marzo entre las 9 y las 11.30 de la mañana, fecha en la cual fuimos recibidas por la referente subrogante y la facilitadora.

El Cesfam es un edificio bastante nuevo, diseñado para la función que cumple. Tiene cuatro pabellones, uno por cada sector del centro de salud (incluyendo oficinas administrativas), y un pabellón correspondiente al SAPU para la atención de emergencias médicas. Cada uno de los pabellones cuenta con su propio S.O.M.E. y sala de espera. Además, en el estacionamiento se instaló una carpa como zona de espera para la vacunación de niños y niñas (en la sala de rehabilitación), la farmacia comunal, y un container para la atención respiratoria.

Este centro en particular cuenta con una Unidad de Atención Primaria en Oftalmología (UAPO), por lo cual reciben personas de otros sectores de la comuna que no corresponden al territorio asignado al centro. A la entrada a hay dos jóvenes que trabajan orientando a las personas que llegan. En tiempo de pandemia se habilitaron también sillas para las personas que esperan la vacunación. Al costado de la entrada vehicular al centro se encuentra la sala de rehabilitación que al momento de la visita estaba siendo utilizada como un vacunatorio infantil, la farmacia comunal y una carpa para atención respiratoria. El Cesfam también cuenta con máquinas para realizar ejercicio sus áreas verdes.

El Cesfam cuenta además con una sala multiuso en la parte posterior del terreno, la cual era utilizada hasta antes de la pandemia para la realización de reuniones de equipo de Promoción y Participación y actividades comunitarias. Sin embargo, por la pandemia este espacio se habilitó como un segundo comedor por temas de aforo. Dentro del Cesfam, a la entrada hay otra sala multiuso que al momento de la visita estaba siendo utilizada como vacunatorio para la campaña de la influenza.

Por el mismo tema de pandemia, las actividades comunitarias en las que había participado la facilitadora intercultural (actividades extraordinarias en fechas clave como el Día de la Mujer, o el Día del VIH, entre otras) no se habían realizado en el centro sino en Unidades Vecinales del sector. De acuerdo con lo que reportan trabajadores/asas del Cesfam, existe falta de espacio en el centro para poder dar cabida a todas las necesidades de la comunidad que allí se atiende.

- **Espacio destinado para el trabajo de referentes migrantes, facilitadores/as y atención a migrantes internacionales**

La referente de migrantes del centro cuenta con una oficina (box) compartida con otro profesional. Su oficina corresponde al cargo de jefatura del S.O.M.E. De acuerdo al relato de otras funcionarias, la referente no realiza atención directa a usuarios, sino que cuando es requerida para intervenir en un caso se le llama, y en general cuando conversa con algún usuario es fuera de su box. La referente subrogante también cuenta con una oficina compartida con otra profesional, ambas son asistentes sociales del centro.

La facilitadora intercultural no cuenta con un espacio propio para su trabajo, en momentos en los que no está acompañando a alguna usuario o usuario que requiera de su apoyo se encuentra a en la Oficina O.I.R.S., a la entrada del CESFAM, o en el S.O.M.E. Central. En estos tres espacios la facilitadora es accesible para los usuarios que requieren de su apoyo, incluso también pueden llamar al teléfono de la OIRS de ser necesario. Si no se encuentra ahí y alguien necesita ubicarla, se contactan vía telefónica o a través de mensajería.

Cabe destacar que en el Cesfam no existe un espacio destinado para la atención de migrantes internacionales por parte de la facilitadora, sin embargo, durante nuestra visita se nos explicó que dada la naturaleza de su labor no se hacía necesario contar con un espacio más privado para la atención, ya que sus funciones consistían en orientar y acompañar a los usuarios en sus recorridos por el centro.

- **Señalética intercultural**

El centro cuenta con una carta de derechos y deberes de paciente traducida al creole, así también algunos otros letreros traducidos al creole. De acuerdo a la facilitadora del centro, también hay contenido en los distintos diarios murales traducidos al creole, así como algunos trípticos, sin embargo, estos contenidos sólo aparecen para conmemorar ciertas fechas específicas. De acuerdo con la misma facilitadora, la señalética existente es muy útil pero no sirve para el caso de usuarios haitianos analfabetos, que, si bien corresponde a una situación excepcional, ha ocurrido más de una vez.

- **Prácticas y dinámicas de relacionamiento de usuarios migrantes y equipos de salud**

De acuerdo a la descripción de uno de los funcionarios que trabaja en la entrada del Cesfam, existe una gran circulación de población migrante que llega a inscribirse al Cesfam por primera vez, y no corresponden a casos excepcionales sino a un flujo constante. Estas personas que vienen por primera vez generalmente piden indicaciones y se les dirige al SOME central. De acuerdo a trabajadores del Cesfam, también es usual ver a una gran cantidad de extranjeros que se acercan al Cesfam por las campañas de vacunación, particularmente por el Covid-19. Las usuarias y usuarios extranjeros que ya están inscritos y llevan viniendo un tiempo al centro se manejan con bastante autonomía en él.

Durante la visita al Cesfam solo fue posible identificar a cuatro mujeres adultas jóvenes extranjeras en el CESFAM. Una mujer colombiana que había ido a vacunarse por el Covid-19 buscó orientación en uno de los orientadores que se encontraban a la entrada del centro. Luego de presentar sus certificados de vacunación entró acompañada por el orientador. Las otras tres mujeres parecían ser de nacionalidad haitiana. Una de ellas andaba sola, sin acompañante; otra iba con un bebé de menos de un año; y una tercera con un niño de 3 años más o menos.

Las interacciones que se pudieron observar a la entrada del Cesfam y en las salas de espera no parecían distinguir entre personas de nacionalidad chilena y personas extranjeras. De acuerdo al relato de algunas trabajadoras del Cesfam en general existe una buena relación con los usuarios, sin embargo, ha habido

agresiones por parte de usuarios contra una médica venezolana del centro, gatillada aparentemente por el asesinato de un camionero en el norte del país, así como una agresión racista sufrida por la facilitadora.

Un recorrido usual asistido por la facilitadora comienza a la entrada del recinto, punto de encuentro con la facilitadora, luego, dependiendo de las necesidades de la persona (si necesita inscribirse o tiene hora con algún profesional) ella le orienta y acompaña a la oficina o box correspondiente y participa de la atención para traducir si es necesario. En caso de que haya dos atenciones simultáneas en las que se requieran sus servicios, la facilitadora debe priorizar acompañar a él o la usuaria con más dificultades, y a la persona que entienda un poco más de español le pide al médico que deje por escritos todas las indicaciones para la persona, y después de la atención ella traduce las indicaciones para él o la usuaria. Durante la pandemia, la facilitadora habría hecho seguimiento de las atenciones de una lista de usuarios extranjeros que se atienden en el centro.

- **Condiciones de vida de población migrante en la comuna**

El sector al que le corresponde el Cesfam atiende muchos adultos mayores. Uno de los guardias del centro, quien habitualmente trabaja en otro Cesfam en la misma comuna, señaló que en este Cesfam la población extranjera que él más ve sería colombiana y haitiana. De acuerdo a las trabajadoras del centro, según su percepción hay más extranjeros inscritos en los sectores verde y rojo, pero que de igual modo hay presencia de extranjeros en toda la comuna.

En relación a las condiciones de vivienda, en el caso de las personas de nacionalidad haitiana, al igual que en otras comunas, migran sin su grupo familiar y usualmente arriendan piezas en cités antiguos, o en casa remodeladas que la referente subrogante describió como “cités modernos”. La facilitadora nos comentó que, durante la pandemia, en una ocasión realizaron una visita domiciliar a una casa remodelada que tenía un total de 30 piezas, 15 en el primer piso y 15 en el segundo, en muchas de ellas no llegaba luz natural, y que todos los habitantes de la casa tenían que compartir un baño y una cocina. Comentaban - respecto a la población haitiana de la comuna- que los varones son quienes salen a trabajar, mientras las mujeres -usualmente- se quedaban en casa, lo cual dificulta que aprendan el castellano. Ellas van al centro de salud principalmente por embarazos.

La percepción de la referente subrogante en relación a la población venezolana es que migra el grupo familiar completo, y se instalan a vivir varias familias en una casa o un departamento, y no arriendan por pieza como la población haitiana.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

Frontis del Cesfam



Oficina de la referente de migración



Carta de derechos y deberes traducida al creole, ubicada en una de las salas de espera del centro



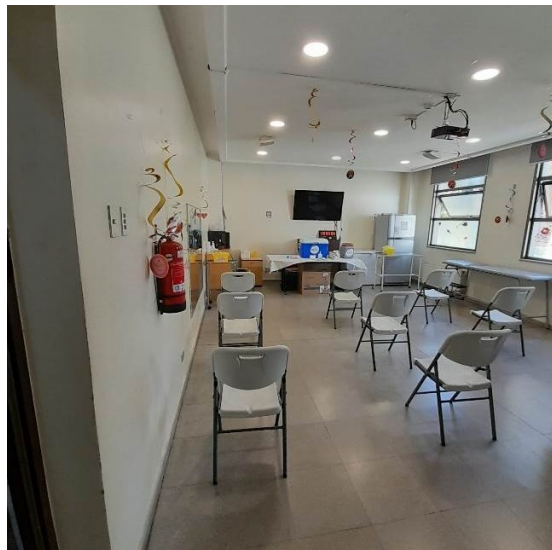
Señalética en creole ubicada a la entrada del centro



Señalética en creole ubicada dentro de una de las salas de espera



Sala multiuso que estaba siendo usada como vacunatorio al momento de la visita



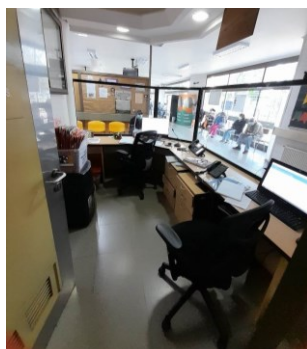
Sala multiuso habilitada como un segundo casino



S.O.M.E central ubicado frente a la entrada del centro



Oficina OIRS, ubicada a un costado del SOME central, frente a la entrada al centro



#### 4. HOSPITAL, CURACAVÍ

**Fecha de visita: 25 de marzo 2022**

Llegamos al hospital a las 9.30 de la mañana aproximadamente del día viernes 25 de marzo. A esa hora ya había movimiento en el sector de APS, pero pocos usuarios. Al mediodía ya había varias usuarias y usuarios en los distintos espacios de atención: urgencia, atención primaria, atención respiratoria. De acuerdo con la referente de migración alrededor de las 7 de la tarde es cuando más llegan pacientes a atenderse en la urgencia, y están todas las salas de espera llenas. La parte hospitalaria está integrada a la dinámica de la atención ambulatoria de APS, hay hospitalizados de casos sociales que, en palabras de funcionarios de la institución, "ya son parte del hospital".

El Hospital por necesidad ha debido expandir sus instalaciones hacia el fondo del terreno donde está emplazado, ya que no es posible construir en altura debido a las características del suelo. Ante esta limitante, se ha ampliado el hospital a través de diferentes módulos de un piso construidos de material más o menos ligero y contenedores que funcionan como oficinas administrativas o bodegas de diferentes tipos.

Por otra parte, el hospital, cuando fue construido, no tenía su atención en APS sectorizada, por lo que toda la infraestructura para el Sector Verde fue construida y habilitada después. Esta consiste en una serie de box a un costado del recinto y no dentro del edificio principal. También cuenta con una Sala Cuna y club escolar donde acuden los hijos de los trabajadores del hospital dentro de las instalaciones. Además, por la pandemia se instaló una carpa militar a la entrada del hospital, y se realizó una redistribución de espacios en todo el hospital para abarcar las necesidades emergentes de la crisis sanitaria.

Detrás de la sala cuna hay un gimnasio que fue construido con recursos de los funcionarios. Hasta antes de la pandemia era un lugar utilizado para que los trabajadores hicieran deportes, actividades del programa del adulto mayor, otras actividades comunitarias con diferentes grupos de la población del hospital, celebraciones y actos masivos como la cuenta pública del hospital. Luego, debido a las necesidades que conllevó la pandemia fue habilitado como el lugar de vacunación COVID.

Dentro del hospital en el sector de atención ambulatoria correspondiente al sector amarillo hay una Sala Multiuso que también era utilizada antes de la pandemia para actividades comunitarias. Los materiales de la sala de rehabilitación del hospital pasaron a ser parte de la urgencia no-respiratoria. Y la sala de rehabilitación se trasladó a la municipalidad, donde se contaba con un espacio que tenía la infraestructura requerida para realizar dichas funciones. El hospital también cuenta con un casino para sus trabajadores, el cual también es utilizado para otro tipo de actividades, como una sala multiuso. Al momento de la visita se estaba llevando a cabo una capacitación en él.

En la urgencia se construyó una nueva sala de espera adyacente a la anterior en la cual se realizaba un "pre-Triaje". Esto se hizo para no llenar la sala de espera de la urgencia con pacientes respiratorios. Este filtro permitió derivar inmediatamente a pacientes respiratorio a la carpa instalada a la entrada del recinto donde se realizan test de antígenos. También parte de los boxes del sector verde de APS debieron pasar a formar parte de la atención a pacientes COVID. Dentro de toda esta infraestructura los trabajadores relatan que existe falta de box y de espacio en general, y que en las últimas licitaciones se les pide a las personas que se incorporan que traigan su propio computador porque el hospital no les puede facilitar uno.

- **Espacio destinado para el trabajo de referentes migrantes, facilitadores/as y atención a migrantes internacionales**

La referente de migrantes dispone de una oficina individual para realizar sus labores (que van más allá de la coordinación de migrantes). Esta oficina se encuentra ubicada dentro del hospital, donde hay una serie de oficinas instaladas en un container, las que están destinadas a diferentes labores administrativas.

En los momentos en que ha habido facilitador/a intercultural en el hospital, esta persona disponía de una pequeña oficina compartida con la orientadora del hospital. Esa oficina se ubica en la sala de espera del sector amarillo de la APS del hospital. Esta sala de espera es compartida con el SOME del sector amarillo y con una oficina de FONASA. La oficina destinada a la persona que cumplía el rol de facilitador/a permitía la atención de público en un espacio con mayor privacidad, separado por una puerta corrediza de vidrio opaco de la sala de espera.

- **Señalética intercultural**

En diversos sectores del hospital hay señalética en creole, entre ellos algunos letreros que indican a qué corresponde cada box o cada espacio (de acuerdo a la referente, varios de estos se perdieron debido a la alta rotación de box causada por la redistribución de espacios que implicó la pandemia), la carta de derechos y deberes de las y los pacientes, y recomendaciones para prevenir el contagio de COVID-19.

- **Prácticas y dinámicas de relacionamiento de usuarios migrantes y equipos de salud**

En el momento de la visita no fue posible identificar a muchos usuarios o usuarias migrantes en el hospital. De acuerdo a la referente, cuando una persona migrante va por primera vez a atenderse entra a la sala de espera de sector amarillo, si necesitaba ayuda, puede acudir a la oficina en la que trabajaban la facilitadora y la orientadora. A ella es a quien acuden los migrantes cuando no hay intérprete. Si la orientadora no logra comunicarse de forma efectiva con usuarios de nacionalidad haitiana por sus propios medios (a través de imágenes, utilizando Google Translate), llaman para tomar hora con los intérpretes de Salud Responde. Sin embargo, esta vía no es inmediata, ya que ellos están disponibles para todos los Servicios de Salud a nivel nacional, por lo cual también tienen mucha demanda y pueden demorar horas en devolver el llamado. Por lo mismo, muchas veces se busca una comunicación más rápida con intérpretes informales.

Durante los peaks de la pandemia, esta situación se volvió aún más crítica debido a que era necesario entregar toda la información sobre la pandemia a la población haitiana: los tiempos de cuarentena, cuando había que hacer la trazabilidad, etc. En esos casos, ante la ausencia de un facilitador, la referente redactaba un correo a los facilitadores de Salud Responde con toda la información que había que entregar a los usuarios haitiano, luego devolvían el llamado y explicaban todo en creole. Posterior a eso la referente enviaba otro correo respondiendo todas las preguntas que había hecho el o la paciente, y el intérprete de Salud Responde volvía a llamar para traducir las respuestas. La labor que realizan los intérpretes de Salud Responde es bien evaluado por la referente y la orientadora del hospital.

Cuando llega una persona, si necesita la atención en el momento, los inscriben en RAYEN con el pasaporte, reciben la atención para después acudir a la oficina de FONASA del hospital para regularizar su situación. Pero ante la falta de los documentos necesarios para hacer trámite, varias personas se van y no vuelven a completar el trámite, y por ende no reciben su NIP.

Si alguien necesita asistencia en la urgencia se solicita a la enfermera encargada apoyar la situación, si esto es insuficiente, cuando hay facilitador/a se le llama, a la orientadora, o a la referente para que acuda a Urgencias, y si aún es insuficiente, se llama a los intérpretes de Salud Responde, como ocurrió con el caso de un usuario haitiano analfabeto.

La OIRS también es un punto de entrada al hospital y al sistema de salud en hospital, muchas veces si llega un usuario extranjero es derivado por los guardias a la Oficina de FONASA. También ocurrió durante la pandemia en el año 2020 que la encargada de la Oficina de FONASA se encontraba con teletrabajo. Durante ese período, había usuarios y usuarias extranjeras que acudían a la OIRS para solicitar orientación y apoyo con la tramitación de la inscripción en FONASA y la obtención del NIP. Una de las funcionarias de la OIRS comentaba que, de acuerdo a su experiencia, las usuarias y usuarios haitianas acudían más en solitario a realizar estas consultas y gestiones, mientras que la población venezolana vendría más acompañada/ aconsejada por alguna amiga, conocida. Pero que en el caso de ambas nacionalidades la mayoría se encontrarían indocumentados al momento de inscribirse.

Desde que la Oficina de FONASA retomó sus funciones, los usuarios extranjeros que requieren ese tipo de asistencia pasan directamente para allá. Las encargadas de la OIRS también tienen contacto ocasional con la población extranjera cuando se trata de casos sociales complejos, los que se tratan en conjunto por parte de todas las trabajadoras sociales del hospital, quienes gestionan ayuda en conjunto con el municipio. En la OIRS nunca han recibido reclamos de parte de usuarias o usuarios extranjeros. Sí ha habido situaciones en que llegan personas extranjeras con sus jefes (de trabajo) para realizar alguna queja informal, pero no han tenido reclamos formales.

- **Condiciones de vida de población migrante en la comuna**

Al parecer la población migrante no se concentra en el sector aledaño al hospital. De acuerdo con una funcionaria de la municipalidad, las personas haitianas viven en citsés o piezas arrendadas, contexto en los cuales se dan situaciones de hacinamiento. Se daba mucho que personas en ciertos sectores de Curacaví, dentro del terreno de su vivienda construyen piezas que se arriendan a varias personas cada una. Este tipo de situaciones se dan al parecer principalmente en Curacaví Alto (sector en el cual se encontrarían algunas tomas de terreno), la población Carol Urzúa, Los Patriota, la Villa El Olivar, entre otros lugares.

De acuerdo con la información proporcionada por la referente de migración del hospital también habría población haitiana y venezolana viviendo cerca de la Avenida Ambrosio O'Higgins. Población peruana y haitiana en el sector Isabel Riquelme (la cual se encuentre frente al hospital, y es identificada como una zona vulnerable de mayor inseguridad, consumo de drogas, delincuencia, etc.), población venezolana, haitiana y peruana en el sector que se encuentra al otro lado de la Ruta 68, Lo Águila.

Sin embargo, se sostiene que la mayoría vive en sector urbanos, o cercanos al área urbana, y están conectadas con las instituciones estatales. Y que las personas que viven en zonas rurales sin mantener mucho contacto con el polo urbano serían más bien excepcionales. Al respecto la referente señala que la trazabilidad realizada durante la pandemia por Covid habría ayudado a contactar a usuarias y usuarios que se encontraban más aislados en áreas rurales y que no habían tenido contacto con el sistema de salud.

Muchos de ellos trabajarían en el sector agrícola, o en construcción porque generalmente las empresas de ese rubro tienen facilidad para contratar a trato, por lo tanto, se desempeñan como jornaleros, albañiles, jardineros, cuidadores de parcelas. Y las mujeres generalmente en aseo, o cocina, manipuladoras de alimentos, o cuidando niños.

La población venezolana por su parte generalmente arrienda casas para vivir en familia, y se desempeña más frecuente en el sector terciario, en el comercio. De acuerdo con la trabajadora de la OMIL esta diferencia podría deberse al nivel educacional de cada población, donde la población venezolana que reside en Curacaví tiene más estudios que la haitiana.

De acuerdo con la funcionaria, prácticamente todos los extranjeros inscritos en la OMIL se encuentran sin un RUT vigente, lo cual vuelve mucho más difícil insertarles en el mercado laboral. Y en los dos años que ella llevaba trabajando en la municipalidad no ha sabido de personas que hayan logrado regularizar su situación. Al indagar en el tema nos comentó que la municipalidad no tiene vínculos con Extranjería, y ella en el tiempo que lleva en el cargo no ha tenido capacitaciones sobre en la temática. Tampoco habría un trabajo sistemático focalizado en esta población, ni alianzas intersectoriales. De todas maneras, su relato daba a entender que las personas extranjeras sí se acercan a la municipalidad, al Área Social, DIDECO, y a la OMIL, entre otras unidades.

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

Exterior de la Oficina OIRS ubicada en la entrada del Hospital, en la segunda foto puede verse en detalle en letrero con el nombre de la oficina traducido al creole



Diario mural con láminas informativas sobre las precauciones para prevenir el contagio de COVID-19 traducidas al creole



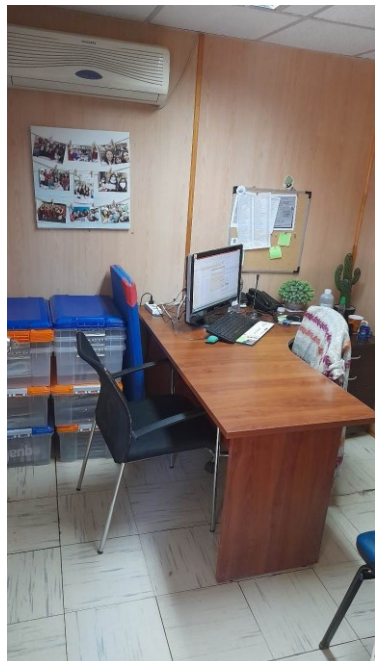
Carta de derechos y deberes de los pacientes traducida al creole



puerta de entrada al box de uno de los enfermeros del hospital con un letrero en creole



Interior de la oficina de la referente de migración del hospital



Mesón dentro de la oficina de la orientadora que era utilizado por el facilitador lingüístico



Interior de la oficina de la orientadora del hospital, quien ante la ausencia de un facilitador/a lingüístico/a se encarga principalmente de orientar a usuarias y usuarios extranjeros que necesitan mayor información o que no hablan español



Vista satelital del hospital de Curacaví (fuente: Google Earth, modificación propia)



# Resumen de sistematización de experiencias y aprendizajes de comunas con y sin implementación del Programa Ministerial de atención a migrantes de APS en el SSMOCC

## Comunas con implementación del Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de Personas Migrantes Internacionales: los casos de Quinta Normal y Melipilla

- **Consideraciones generales**

La selección de las comunas pertenecientes al SSMOCC para la implementación del Programa obedeció a varias razones, entre ellas:

- El alto número de población migrante que habita allí
- Por ser comunas que venían realizando acciones y trabajos en relación a la atención a personas migrantes internacionales previo a la creación del Programa

- ***Principales fortalezas del Programa en materia de migración y salud***

El Programa es percibido como un apoyo en la visibilización de las necesidades en salud de la población migrante que habita en esas comunas.

El Programa ha instalado importantes líneas de trabajo:

- (i) Ha entregado recursos para facilitar la entrega de prestaciones en salud a población migrante internacional.
- (ii) Potencia el eje comunitario en el trabajo en salud, toda vez que busca aumentar la participación de la población migrante en los comités locales de salud.
- (iii) Potencia promoción y prevención en salud mediante la educación y difusión. En esta línea el Programa ha permitido el contrato de facilitadores interculturales, ha facilitado la difusión de información sobre derechos, deberes y acceso a la salud, y se ha trabajado en la realización de diagnósticos participativos en las comunas. Destaca también el desarrollo de capacitaciones dirigidas tanto a la población migrante como a los profesionales de la salud en el marco del Programa.
- (iv) Ha permitido articular y coordinar un trabajo intersectorial para la realización de actividades para la población migrante.

- **Principales debilidades del Programa**

- Falta de presupuesto, lo cual limita la implementación del Programa dadas las restricciones presupuestarias tanto para recursos humanos destinados al Programa en las comunas como para acciones dentro de los centros de salud y comunitarias.
- Limitaciones de referentes comunales de llevar a la práctica el Programa en los territorios y cumplir con todos los objetivos y metas del Programa ya que el personal no cuenta con el tiempo para aquello.
- Se observa que los/as facilitadores/as interculturales se concentran en los centros de atención primaria de mayor tamaño, perjudicando a los más pequeños.

| QUINTA NORMAL  | MELIPILLA   |
|--|---|
| <b>Primeras acciones en materia de migración y salud</b>   |   |
| <p>En esta comuna, en el año 2012 comenzaron trabajando con el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, el cual dio paso en el año 2015 a la implementación de un programa de migrantes dada las similitudes con el programa de pueblos indígenas. En aquellos años se contactaron con Extranjería, quienes entregaban el <i>Sello Migrante</i> a las municipalidades que realizaran medidas para la inclusión de la población migrante.</p> <p>Desde el sector salud detectaron que había una importante falta de información sobre la población migrante de la comuna, por lo que empezaron a gestionar ferias, y crearon material de difusión respecto a la normativa migrante y a la atención en salud a la cual tiene derecho esta población. En paralelo realizaron diversas capacitaciones a funcionarios, y desarrollaron procesos de sensibilización dado el desconocimiento que existía en los centros de atención en torno a la temática migratoria.</p> | <p>Las acciones en relación a la temática migrante en la comuna comenzaron impulsadas por diversas organizaciones, entre ellas Caritas, a través de la creación de la Mesa Migrante de Melipilla (MEMIM), la cual comenzó trabajando con la población migrante en conjunto con instituciones como la Iglesia, Policía de Investigaciones, Departamento de Extranjería y Migración (DEM), Carabineros, Impuestos Internos, Dirección del Trabajo, funcionarios del Hospital, entre otros. En aquella mesa se abordaban temas tales como, la necesidad de gestionar acciones articuladas entre las distintas instituciones para tratar las problemáticas que se presentaban en la población migrante</p> <p>En paralelo se fue capacitando a funcionarios del área de la salud.</p> |
| <b>Condiciones de vida en las comunas de la población migrante en las comunas</b>  |   |
| <p>En la comuna se han asentado varios campamentos y tomas de familias migrantes, quienes viven en condiciones precarias y de hacinamiento. Dichas condiciones de vida impiden que gran parte de la comunidad migrante pueda cumplir con las recomendaciones de cuidado de la salud.</p>   | <p>Se identifican la presencia de situaciones de vivienda irregulares para migrantes, donde los arrendatarios construyen piezas pequeñas y con materiales ligeros para alojar a varias personas, a quienes les cobran individualmente precios que no corresponden con la calidad de vivienda que se les ofrece.</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>Población haitiana es la que se identifica en mayor situación de vulnerabilidad. Se señala que viven en graves condiciones de hacinamiento y con un elevado riesgo social. En general, se identifica que las mujeres haitianas no aprenden español, por lo que los hombres son quienes hablan por ellos y por ellas, y se comunican con los actores de cualquier institución con la que deban relacionarse.</p> <p>La comunidad venezolana se identifica como la con mayor presencia en la comuna, en particular joven de esta nacionalidad. Se sostiene que llegan al país y la comuna con diversos problemas sociales, a lo cual se suman consecuencias derivadas de ingresos traumáticos por pasos no habilitados por el desierto.</p> <p>Se pone acento en el importante rol que cumplen venezolanos que trabajan en los centros de salud.</p>   | <p>Se evidencian situaciones de abuso y discriminación hacia la población migrante no hay disponibilidad de arriendo en la comuna</p> <p>Se suman las condiciones inestables de trabajo, ya que gran parte de la población migrante trabaja como temporero de manera informal.</p> <p>Se describe que gran parte de la población migrante de las zonas rurales de Melipilla son de nacionalidad boliviana quechua. Identifican que se producen situaciones de abuso hacia esta población, lo cual es calificado como trata de personas. Se comenta que llevan población quechua que habla poco español a trabajar por temporadas, en condiciones precarias de vivienda, en un contexto de ilegalidad.</p> |
| <b>Barreras de acceso al sistema de salud</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para conseguir visa definitiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras idiomáticas en el caso de migrantes que no hablan español.</li> </ul> </li> <li>• Alta movilidad de población migrante, lo que repercute en inasistencia a controles de salud y dificulta el seguimiento.</li> <li>• Desinformación de la población migrante sobre cómo acceder a salud, cómo empezar a atenderse y dónde están ubicados los centros de atención.</li> </ul>  |   |
| <b>Necesidades de salud de población migrante</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Principales áreas de necesidades identificadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Necesidades de salud materno-infantil</li> <li>○ Necesidades de salud mental</li> <li>○ Difusión de información sobre acceso a salud y sobre cambios en los funcionamientos de los centros de atención</li> <li>○ Salud sexual y reproductiva</li> </ul> </li> <li>❖ La población femenina es la que más consulta por los embarazos, mientras que la población masculina escasamente consulta, a menos que esté en una situación de salud grave.</li> <li>❖ Dado que muchas mujeres ingresan en situación irregular, en general llegan tardíamente a los controles de embarazo. Esto conlleva diversas complicaciones, ya que varias pacientes llegan con importantes problemas de salud como diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia o presentan problemas de peso. Sumado a lo anterior, relatan que suelen</li> </ul> |   |

tener casos de mujeres embarazadas con sífilis o, en el caso de mujeres de nacionalidad boliviana, con la enfermedad de chagas.

- ❖ Se identifican necesidades particulares según la nacionalidad de los pacientes. En específico se concentran en la población peruana, haitiana y venezolana:
  - Las necesidades de la población peruana han ido variando a través del tiempo, sin embargo, son caracterizados como una población muy vulnerable. Agregan que son demandantes respecto a la atención en salud, lo que contrasta con la población haitiana, quienes asisten menos a los centros de salud.
  - En torno a la población haitiana, los profesionales indican que el mayor desafío para los centros de salud radica en la diferencia idiomática y en las complicaciones que han tenido con las mujeres embarazadas debido a los ingresos tardíos. Para abordar aquello, los equipos se han apoyado en la figura de las facilitadoras.
  - La población venezolana es caracterizada como un grupo con un perfil distinto a los otros, ya que han ingresado al país personas con mayor preparación o nivel educacional. En esta línea, son pacientes que conocen sus derechos y los exigen, por lo que son descritos como demandantes en el sentido de que, si saben de una prestación y esta se encuentra disponible, reclaman por aquello. Se evalúa que se han ido incorporando de manera satisfactoria al sistema. Junto con lo anterior, se identifica que esta población asiste a los centros de salud principalmente por exámenes de control ginecológico como el Papanicolau. Al respecto, se generan tensiones con el personal de salud chileno debido a una diferencia entre el sistema de salud venezolano y el chileno.

### Proceso de implementación del Programa

Previo a la pandemia, tanto en Quinta Normal como en Melipilla y otras comunas del SMOCC que cuentan con el Programa, el trabajo a nivel interno era más estructurado. Se solicitó desde el Servicio a cada comuna designar a un referente para armar una red de trabajo. Con esto establecido, desarrollaban reuniones mensuales y se mantenía un trabajo intersectorial articulado.

#### Quinta Normal

- El trabajo de implementación del Programa se dio de manera articulada y coordinada entre todos los actores necesarios.
- Rol de los referentes no estaba bien definido en un comienzo, lo cual complejizó inicialmente las labores que debían que cumplir además de su rol como referente.

#### Melipilla:

- Prioridad fue consolidar la coordinación interna en salud, para lo cual se reunieron entre los referentes de cada centro de salud para mejorar la atención primaria a migrantes de manera interna.

- Desde los centros de atención decidieron esperar a que el Programa de Participación se revinculara con los territorios, para luego comenzar con el PRAPS en los territorios en coordinación con ese Programa, ya que desde ahí podían vincularse con las organizaciones de base, con las juntas de vecinos.
- 2020, comenzaron a unificar la línea de trabajo entre promoción, participación, migrantes, el área comunicacional, entre otros, de manera de generar una planificación anual conjunta, para así lograr que las actividades realizadas dieran cumplimiento a los objetivos de las distintas áreas.

#### **Facilitadores/as interculturales**

En Quinta Normal, una vez que se implementó el Programa y contaron con mayores recursos, una de las primeras acciones que realizaron fue contratar a un facilitador, lo cual se considera un apoyo esencial. Desafíos de este proceso: facilitadores/as han debido aprender sobre sus funciones durante la marcha; equipos de salud han debido aprender a incorporar a esta figura; guardar la confidencialidad de la información que manejan los/as facilitadores/as de los pacientes; falta de planilla unificada de registro de actividades para facilitadores/as.

### **Barreras y facilitadores en la implementación del Programa**

La **pandemia ha actuado como una gran barrera para la implementación del Programa** en tanto gran parte de los recursos se destinaron para las vacunas, por lo que prácticamente todo el trabajo del programa quedó detenido durante el 2020. Esto afectó uno de los principales focos del Programa, que es el trabajo comunitario. Se precisa que se continuó trabajando en la gestión de los casos sociales.

#### **Quinta Normal**

El trabajo se vio afectado en el sentido de que se fueron desarticulando las redes de trabajo como Seremi y Minsal. Esta falta de redes, repercutió negativamente en la llegada de información a los centros de salud, lo que generó incertidumbre respecto al trabajo que debían realizar. Entre los trabajos que mantuvieron, se encuentra las capacitaciones a funcionarios, pero de manera acotada. Previo a la pandemia hacían jornadas de capacitación, que duraban tres mañanas completas y con una asistencia de hasta 35 funcionarios. Esto les permitía tener al menos un 70% de funcionarios capacitados, lo cual ha bajado enormemente por el recambio de profesionales. Además, luego de la pandemia, las capacitaciones han sido mediante cursos virtuales y con pocos participantes.

### Melipilla

Durante el 2020 no pudieron cumplir con los objetivos del programa debido a la reconversión de funciones. Hay áreas de trabajo como la escuela de español que lleva dos años sin funcionar. Durante la pandemia mantuvieron la contratación de facilitadoras.

- ❖ Oras barreras de implementación del Programa compartidas por ambas comunas son:
  - No existe claridad, desde el MINSAL, sobre protocolo de trabajo específico del referente de migración en las comunas del SSMOCC. En consecuencia, la visión sobre el trabajo del referente cambia por centro de atención y por lo mismo, el Programa se desarrolla de distintas maneras en los diversos territorios. Por lo mismo, se reconoce que las estrategias de trabajo no se encuentran unificadas desde el MINSAL.
  - Constante cambio de residencia o cambio de comuna de los migrantes, lo que dificulta el contacto con los pacientes y también su seguimiento.
  - Resistencia de algunos funcionarios para implementar prácticas de atención interculturales. Se identifican actitudes xenofóbicas que se manifiestan.
  - Melipilla: desarticulación del departamento de extranjería de la gobernación de Melipilla, ya que se perdió un espacio importante de asesoramiento a migrantes sobre aspectos legales que no manejan los profesionales de la salud y que solían derivar a ese lugar.

## Factores facilitadores en la implementación del Programa

### Quinta Normal

- ❖ Apoyo de la Dirección de Salud para que los profesionales puedan destinar parte de su jornada a la aplicación del Programa.
- ❖ Capacitaciones y talleres informativos sobre el Programa y su implementación.
- ❖ Capacitaciones del idioma creole y de la cultura de la población haitiana, en particular para los profesionales que tienen atención directa con la población.
- ❖ Rol de facilitadores/as: apoyan en la generación material educativo traducido a otros idiomas, principalmente el creole. Aportan a que los centros de salud sean espacios más cercanos a los usuarios, donde se sientan contenidos. su aproximación a los pacientes permite a los profesionales identificar otros requerimientos de salud de la población migrante, por ejemplo, de salud mental.
- ❖ Reuniones con el SSMOCC, donde se realiza trabajo articulado entre comunas a través de la puesta al día del funcionamiento del Programa en cada territorio. Se destaca el que la referente del SSMOCC se ha mantenido durante el tiempo.
- ❖ Presencia de un referente por centro facilita la comunicación con los equipos entre los distintos centros para la planificación de las actividades.

### Melipilla

- ❖ Apoyo del equipo multidisciplinario para la implementación del Programa, entre quienes se distribuyen tareas y se apoyan en distintos eventos.
- ❖ Trabajo en equipo para poder llevar a cabo el trabajo que requiere la implementación del Programa.
- ❖ Apoyo de las jefaturas para modificar las agendas para el cumplimiento del Programa-
- ❖ Médicos EDF, ya que deben cumplir con cierto puntaje de trabajo comunitario, por lo que aprovechan el Programa como un apoyo para las actividades que realizan.
- ❖ Apoyo de médicos con un enfoque comunitario.

### Facilitador transversal extra Programa:

Salud Responde, programa que cuenta con dos facilitadores interculturales, quienes resuelven dudas y apoyan a los centros de salud de todo el territorio nacional que no pueden asignar dinero para contratar a un facilitador.

#### Acciones realizadas en el marco del Programa

- Realización de talleres de español para la incorporación de migrantes que hablan otros idiomas, con un foco particular en la población haitiana femenina.
- Talleres para embarazadas y de lactancia materna por zoom.
- Previo a la pandemia, celebraban en el centro el día del migrante y se hacían actividades como la realización de murales y bailes nacionales.
- Implementación de señaléticas o letreros traducidos tanto al mapudungún como al creole, los cuales respondían a un proyecto de buenas prácticas enmarcados en el programa para migrantes y PESPI.
- Diario mural que se va actualizando a medida que se van programando actividades para los migrantes, como también se expone información importante para ellos, como sus derechos y los cambios en los decretos.
- Realización de trabajo comunitario de vinculación con juntas de vecinos e incorporación de una persona en cada localidad para que cumpla rol de representante.
- Actividades territoriales como ferias, donde le explican a los migrantes, a través de una facilitadora, cómo funciona el sistema de salud en Chile.
- Entrega de folleto con información sobre cómo pedir hora y el funcionamiento de las atenciones, para entregar al momento de inscripción de migrante en Cesfam, traducido también al creole.
- Capacitaciones para abordar los desafíos que tienen los equipos que trabajan con la población migrante (formación para guiar a la población migrante, debido a la eliminación del Departamento de Extranjería de la Gobernación Provincial de Melipilla)
- Generación de folletos traducidos a distintos idiomas, entre ellos creole y quechua.
- Cápsulas audiovisuales para informar a la población migrante sobre el sistema de salud.

\*Algunas de estas acciones han sido autogestionadas y no financiadas por el Programa.

### Aprendizajes en el marco de la implementación del Programa

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Experiencia de contar con un referente por centro permite coordinar mejor la articulación entre los equipos, ya que facilita la comunicación para trabajar con todos los centros.</li><li>• Se reflexiona sobre el aprendizaje que han tenido los profesionales en torno a la importancia de visibilizar a la población migrante la cual no estaba siendo atendida adecuadamente hasta la fecha de implementación del Programa.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprendizaje respecto a la importancia de generar devoluciones a la comunidad migrante cuando se realizan acciones con ellos ya que prevalece un sentimiento de desconfianza en estas comunidades hacia el sector salud.</li><li>• Importancia de realizar todas las acciones y actividades desde un trabajo metódico y riguroso para dejar registro de todo lo hecho.</li></ul> |
|---|---|

## Comunas sin implementación del Programa Ministerial de Acceso a la Atención de Salud en APS de Personas Migrantes Internacionales: los casos de Lo Prado y Curacaví

- **Principales fortalezas de las comunas en relación al trabajo en migración y salud**
  - Equipos motivados por la temática, por lo que han desarrollado diversas acciones, entre ellas diagnósticos locales de salud de las personas migrantes para elaborar un plan de trabajo con dicha comunidad.
  - Actualización de planillas de catastro de población migrante, con el fin de que los centros de salud estén al tanto de la cantidad de personas migrantes que tienen en sus territorios
  
- **Principales debilidades de las comunas en relación al trabajo en migración y salud**
  - Sobrecarga de los referentes de migrantes, ya que no cuentan con horas protegidas para llevar a cabo su trabajo en torno a la migración y quienes, además, se encuentran encargados de liderar varios programas a la vez.
  - Falta de presupuesto para la realización de actividades, lo que obstaculiza el trabajo con la población migrante.

| LO PRADO   | CURACAVÍ   |
|--|--|
| <b>Condiciones de vida en las comunas de la población migrante en las comunas</b>  |  |
| <p>Se identifican los mismos problemas de condiciones de vida en la población migrante que en las comunas de Lo Prado y Melipilla: hacinamiento, población en riesgo social, precariedad laboral.</p> <p>La comuna ha tenido una explosión de pacientes extranjeros, lo que ha ido cambiando el perfil de personas migrantes asentadas en la comuna. Históricamente había principalmente población peruana, caracterizada por presentar gran cantidad de adultos mayores en condiciones de alta precariedad.</p> <p>En la actualidad se observa en la comuna gran cantidad de población haitiana y venezolana, ambas muy jóvenes.</p> <p>Se sostiene que la población migrante se comporta de manera agresiva con los funcionarios y</p> | <p>Se identifican los mismos problemas de condiciones de vida en la población migrante que en las comunas de Lo Prado y Melipilla: hacinamiento, población en riesgo social, precariedad laboral.</p> <p>Se sostiene que hay una mayor presencia de población haitiana, luego venezolana y en menor cantidad población peruana.</p> <p>Trabajan principalmente como temporeros en sectores rurales y viven en condiciones precarias en relación a la vivienda.</p> <p>Percepción de que existe abuso por parte de los arrendatarios y explotación desde los empleadores que llevan a migrantes a trabajar como temporeros sin contrato de trabajo</p> <p>Gran cantidad de migrantes haitianos de la comuna dejaron el país en los llamados vuelos humanitarios</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>profesionales de la salud por miedo.</p> <p><u>Población haitiana</u>: se identifican barreras idiomáticas y prácticas “machistas” en esta comunidad. Esta población vive en condiciones de hacinamiento, con altos índices de vulnerabilidad, en particular las mujeres embarazadas. Realizan principalmente trabajos informales y sin contrato. Por lo mismo, es una población que tiende a desplazarse y cambiar su residencia dentro de la misma comuna o entre comunas, lo que trae como consecuencia una pérdida de contacto y de seguimiento de los pacientes.</p> <p><u>Población venezolana</u>: en general cuentan con mejores condiciones de vida al ser una población donde hay más profesionales.</p> <p>Al ser un flujo migratorio más reciente, también presenta un alto desplazamiento entre comunas y también suelen volver a su país. Una de las principales características que mencionan sobre esta población, y que afecta sus condiciones de vida, es el hecho de que llegan indocumentados y sin información sobre antecedentes médicos, sobre todo señalan esquemas de vacunación incompleto, por lo que quedan en una situación de mayor vulnerabilidad.</p> | <p>dado que se encontraban sin trabajo.</p> <p>Quienes se quedaron, continúan trabajando principalmente en el campo.</p> |
| <b>Barreras de acceso al sistema de salud</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para conseguir visa definitiva. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras idiomáticas en el caso de migrantes que no hablan español.</li> </ul> </li> <li>• Alta movilidad de población migrante, lo que repercute en inasistencia a controles de salud y dificulta el seguimiento.</li> <li>• Desinformación de la población migrante sobre cómo acceder a salud, cómo empezar a atenderse y dónde están ubicados los centros de atención.</li> </ul>   |  |
| <b>Necesidades de salud de población migrante</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Principales áreas de necesidades identificadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En términos generales, en estas comunas se identifican necesidades en salud similares a</li> </ul> </li> </ul>   |  |

las de las comunas de Quinta Normal y Melipilla, antes mencionadas.

- En el marco del aumento de población haitiana y venezolana en estas comunas se señala una importante prevalencia de problemas de salud mental.
- La población joven concentra sus necesidades en salud en métodos anticonceptivos y temas de embarazo. La población adulta consulta más por enfermedades cardiovasculares
- Las mujeres suelen asistir más a los centros de salud, en particular para buscar atención para sus hijos, especialmente en invierno por los resfríos

❖ **Lo Prado:**

- Controles de embarazo, controles de niños, exámenes por COVID.
- Población migrante adulta masculina es la que menos consulta, adultos mayores apenas asisten a los centros de salud.
- Población haitiana se sostiene que no se realizan exámenes a menos que estén gravemente enfermos. Mujeres haitianas embarazadas representan un especial desafío ya que no tenían el hábito de realizarse controles.
- Población colombiana y venezolana: Llegan con un mayor conocimiento de su salud sexual y reproductiva, por lo que se mantienen al día en sus controles médicos.
- Población venezolana: matronas y medicina general son las áreas a las que mayormente asisten. demandan por su atención en salud y exámenes. Alta vulnerabilidad en quienes ingresan al país, llegan con bajo peso y con problemas nutricionales, y los niños presentan esquemas incompletos de vacunación.

❖ **Curacaví:**

- La población migrante se acerca principalmente para atenderse con matronas por embarazo, para regulación de fecundidad, atenciones prenatales, atenciones del ciclo femenino, uso del programa de la mujer.
- Adultos, necesidades relacionadas a su trabajo como temporeros. Asisten más seguido a urgencias para atender sus dolencias o problemas de salud.

## Motivaciones para el trabajo con población migrante en salud

### Lo Prado

Debido al caso de Joane Florvil se iniciaron planes de formación y de educación sobre migración en la municipalidad, por lo que hoy en día cuentan con un departamento de migración.

También fueron incorporando facilitadores/as interculturales en los Cesfam dado el aumento de usuarias haitianas embarazadas y la dificultad que tenía el personal para comunicarse con ellas.

### Curacaví

Existía complicación en el sector salud dado el masivo aumento de pacientes migrantes respecto a quienes no sabían qué procedimientos debían realizar, por ejemplo, desconocimiento respecto a cómo ingresarlos a RAYEN para poder atenderlos. Debido a las dudas y el desconocimiento sobre cómo proceder, consultaron a FONASA sobre cómo realizar los trámites.

De esta forma, fueron buscando soluciones a medida que surgían las necesidades.

## Barreras para el trabajo con población migrante

La **pandemia ha actuado como una gran barrera para la continuidad en las acciones que realizaban ambas comunas con población migrante.**

❖ Barreras identificadas por la comuna de Lo Prado:

- Falta de un programa focalizado dentro de la comuna para trabajar con la población migrante.
- Desarrollo de más trabajo de sensibilización hacia la población no migrante, ya que hay una

mala recepción hacia la población migrante.

- Poca empatía hacia la población migrante en diversos actores sociales: en población chilena y funcionarios de salud prevalece la idea de que a la población migrante les dan más beneficios que a la nacional.
- Falta de trabajo intersectorial, por lo que no han podido desarrollar contacto con dirigentes comunales de migrantes o de organizaciones de migrantes.

❖ Barreras identificadas por la comuna de Curacaví:

- Tardanza en la gestión de los recursos, por lo que cuando necesitaban un facilitador, estos llegaron cerca de fin de año.
- Falta de sensibilización por parte de los funcionarios, donde hay cierta reticencia a facilitar la incorporación y acceso a población migrantes.
- Los funcionarios no demuestran interés ni proactividad en mantenerse informados sobre los problemas que enfrentan migrantes que están en situación irregular y cómo ayudarlos con el proceso de conseguir un NIP para la inscripción en Fonasa.
- No existe un departamento de migrantes en la municipalidad y se evalúa que las capacitaciones que se realizan no son masivas, ya que la gente no se inscribe si no les indican que deben inscribirse.
- Falta de facilidades a profesionales y funcionarios para asistir a capacitaciones sobre población migrante.

## Factores facilitadores para el trabajo con población migrante

### Facilitador transversal extra Programa:

Salud Responde, programa que cuenta con dos facilitadores interculturales, quienes resuelven dudas y apoyan a los centros de salud de todo el territorio nacional que no pueden asignar dinero para contratar a un facilitador.

### Lo Prado:

- ❖ Tener incorporado un enfoque de derechos en los equipos de salud.
- ❖ Que exista disposición y trabajo en equipo dentro de los Cesfam.
- ❖ Interés y motivación en matrones/as y enfermeros/as especialmente por trabajar con población migrante.

### Curacaví:

- ❖ Intérprete de Salud Responde, a quien recurren cuando no tienen a su propio facilitador.
- ❖ Apoyo de la orientadora del Hospital, figura creada para guiar a adultos mayores y migrantes en el acceso a salud, solicitud de horas y funcionamiento general del sistema de salud y del Hospital.
- ❖ Clases en español realizadas desde la sociedad civil para la población haitiana.
- ❖ Existencia de una oficina FONASA en el Hospital.

## Acciones realizadas por las comunas para el trabajo con población migrante

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Coordinación comunal con la referente del SSMOCC, para la entrega de información que luego bajaban y socializaban en la comuna. Generación de una planilla con la información sobre cuánta gente se encuentra con RUT provisorio y cuánta gente se encuentra regularizada al pasar un año.</li><li>• Reuniones con los encargados del Ministerio de Desarrollo Social, para apoyar a los migrantes a postular a los bonos en los casos que no tienen el RUT definitivo.</li><li>• Participación en capacitaciones</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Acciones y actividades similares a las de Lo Prado y nacen desde necesidades y motivaciones individuales y colectivas de los profesionales.</li><li>• Actividades para el día del migrante: entrega de infografías en creole y español sobre cómo inscribirse a Fonasa y acceso a salud.</li><li>• Desde el SSMOCC, les realizaron capacitaciones voluntarias sobre derechos humanos y población migrante, y cursos introductorios al creole. Estas capacitaciones fueron siempre voluntarias.</li><li>• Creación de un grupo de WhatsApp con población migrante de la comuna.</li><li>• Derivación de migrantes a iniciativas de</li></ul> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <p>impartidas por el SSMOCC sobre diferentes temáticas, tales como una historización del aumento de migrantes en salud, la caracterización de morbilidad de los países con mayores flujos migratorios en Chile, las demandas que esto exige al sistema de salud en el nivel tanto primario, secundario y terciario en función de las patologías, y trata de personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Asistencia a capacitaciones impartidas por extranjería sobre actualizaciones de las normativas.</li> <li>● Cursos optativos de creole para funcionarios.</li> <li>● Cartillas o trípticos informativos en creole</li> <li>● Matronas han generado estrategias para abordar casos de mujeres haitianas embarazadas.</li> <li>● Implementaron la figura de calificador de derechos, cargo solicitado desde el SSMOCC en cada Cesfam, para cumplir el rol de coordinar con FONASA en solicitudes de NIP o el RUT provisorio.</li> <li>● Programa Babel del SSMOCC.</li> <li>● Descarga de aplicaciones para traducción a creole (traductor de voz de Google, ente otras) para atenciones a población haitiana y traducción de información a creole, pautas de alimentación, horarios del Cesfam, etc.</li> <li>● Ayuda social en los Cesfam para cubrir necesidades básicas de población migrante de la comuna.</li> <li>● Trabajo intersectorial con diversas instituciones, entre ellas la Oficina Municipal de Migración, a la que derivan personas en situación irregular para agilizar el proceso de regularización.</li> </ul> | <p>personas y organizaciones de la sociedad civil que realizan clases de español para los haitianos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Capacitaciones por parte de FONASA para el manejo de conocimientos sobre la calificación de derechos para la creación del RUT provisorio por parte de funcionarios de salud.</li> </ul> |
|--|---|

### Facilitadores/as interculturales

#### Lo Prado

Si bien tienen facilitadoras hace algunos años, tienen pocas horas de trabajo (dos días a la semana, medio día). Facilitadoras fueron incorporadas por el programa Chile Crece Contigo, para apoyar a embarazadas.

#### Curacaví

No es un recurso permanente, por lo que no se puede extender el apoyo de esta figura a actividades de promoción y prevención.

### Aprendizajes en el marco de la atención de población migrante

#### ❖ Lo Prado:

- Aprendizaje en torno a los derechos de la población migrante cuando están en proceso de conseguir los NIP. La ley indica que se deben entregar prestaciones en situaciones de urgencia, pero en la comuna manifiestan que existía poca claridad cuando no son situaciones de riesgo vital, pero que son relevantes, como embarazadas, niños o personas con diagnóstico cardiovascular.
- Trabajo del equipo de operacionalizar la ley para poder efectivamente resguardar los derechos de las personas en la práctica

### Desafíos transversales a las 4 comunas en la atención de salud de población migrante internacional

- ❖ Desafío de incorporación de perspectiva intercultural: se resiente la falta de espacios de intercambio cultural, donde se incluya la perspectiva intercultural en los programas y en las atenciones. Ampliar la mirada intercultural hacia todo el abanico de culturas y nacionalidades de procedencia de la población migrante internacional.
- ❖ Eliminación de prácticas discriminatorias en la atención de salud (reconocer la existencia de la discriminación para poder abordarla).
- ❖ Abordaje de salud mental en migrantes, especialmente respecto a los procesos migratorios y duelos migratorios.
- ❖ Abordaje de apego y crianza desde enfoque intercultural.

- ❖ Mayor oferta de capacitaciones sobre las distintas culturas con las que tratan los centros de salud y sobre cómo son sus sistemas de salud, para hacer un trabajo en conjunto con la población migrante.
- ❖ Integración de la atención secundaria y hospitalaria al Programa. A nivel hospitalario existe desconocimiento sobre el acceso a servicios cuando las personas tienen RUT provisorio.
- ❖ Trabajo con los servicios de urgencia, donde hay desconocimiento sobre cómo proceder con las personas indocumentadas o que aún no han realizado su trámite del NIP. Consideran importante que más que un intérprete, en esas situaciones se requiere de un facilitador que oriente a los pacientes.
- ❖ Integración de la población migrante a la participación en salud: que se incorporen en los consejos consultivos, en los equipos territoriales de los centros de salud, a los diagnósticos participativos que se hacen los Cesfam.
- ❖ Facilitar la aceptación e integración de la población migrante por parte de los comités locales.
- ❖ Potenciar el trabajo intersectorial con instituciones como bomberos, carabineros, colegios, jardines infantiles, entre otros.
- ❖ Aprendizaje por parte de funcionarios de salud de otros idiomas como creole y quechua.
- ❖ Actualizar la información sobre la población migrante de las comunas y hacer levantamientos periódicos sobre la cantidad de población migrante existente. Esto es necesario en muchos ámbitos, entre ellos, detectar las necesidades de salud de la población migrante.

## Recomendaciones generales para el SSMOCC

A partir de los resultados del estudio, y de acuerdo con lo señalado por los/as participantes de este estudio de manera explícita o implícita, se proponen diversas recomendaciones generales para el SSMOCC y sus comunas:

1. Incorporar el Programa Ministerial de acceso a la atención de salud en APS de personas migrantes internacionales en todas las comunas del SSMOCC, bajo la convicción de la centralidad de su implementación en todos los territorios dado el impacto positivo que este tiene en la población migrante de las comunas.
  - a. Articular esfuerzos para que todas las comunas cuenten con oficina de migrantes y programa de APS de migrante en salud, que cuente con presupuesto propio y horas profesionales.
  - b. Se recomienda fuertemente que todas las municipalidades cuenten con una oficina formal de migración que permita articular el trabajo de migración en la comuna conectando salud, trabajo, vivienda y convivencia e integración de manera estructurada y sistemática.
  - c. Se recomienda fuertemente que todas las comunas cuenten con el programa de atención de salud primaria de migrantes, hoy establecido en solo unas pocas comunas. Desde allí, cooperar en un trabajo mancomunado en la mirada de estrategias priorizadas a desarrollar, pero asegurando flexibilidad y pragmatismo en el abordaje único y particular de cada territorio comunal.
2. Fomentar la creación de un programa de atención inicial a migrantes en todas las comunas.
3. Generar trabajo articulado entre las comunas y las distintas unidades del SSMOCC como promoción y participación, para el trabajo con comunidades migrantes en las comunas.
4. Mantener y potenciar la figura de los y las referentes de migración en las comunas, ya que permite unificar el trabajo que se hace en cada uno de los Cesfam y alinear el mismo, manteniendo de igual forma cada centro su autonomía de funcionamiento.
  - a. Fomentar la interacción de los y las referentes comunales con los usuarios migrantes internacionales.
  - b. Horarios protegidos de los y las referentes para cumplimiento de sus labores.
  - c. Generar mecanismos que protejan a los y las referentes de la sobrecarga de trabajo que implica estar a cargo de dos o más programas de salud.
5. Potenciar el trabajo comunitario dentro de las acciones del Programa.
  - a. Potenciar acciones que permitan develar las necesidades de la población migrante en sus contextos.

- b. Sensibilizar a la población chilena respecto a las condiciones de vida y salud de la población.
  - c. Generar acciones de sensibilización que permitan disminuir prejuicios que llevan a establecer una dinámica xenofóbica y discriminatoria en los territorios.
6. Potenciar la figura de los/as facilitadores/as interculturales en todas las comunas del SSMOCC.
- a. Definir roles y funciones de los/as facilitadores/as interculturales desde el SSMOCC para unificar sus labores en las comunas y facilitar su inserción en los Cesfam.
  - b. Generar un proceso de inducción para la inserción de los/as facilitadores/as interculturales en los equipos de salud.
  - c. Facilitar espacios e insumo de trabajo (oficina, computador, teléfono) para los/as facilitadores/as interculturales en los Cesfam.
  - d. Apoyar y facilitar la contratación de facilitadores/as interculturales en todas las comunas, y dentro de las comunas en todos los centros de atención primaria.
  - e. Capacitar a los/as facilitadores/es interculturales en diversas materias para promover su articulación dentro de los equipos de salud.
  - f. Ampliar el rol de los/as facilitadores/as interculturales hacia funciones también administrativas o de acompañante de los pacientes para que los acompañe y guíe en todo su proceso de salud y de trámites legales.
7. Fomentar la participación de población migrante internacional en los centros de salud.
- a. Mantener buenas prácticas con los usuarios migrantes en relación al trato.
  - b. Mantener comunicación permanente con los usuarios migrantes: tener sus contactos, invitarlos a participar de actividades, enviarles información, y hacer un seguimiento de los usuarios.
8. Mantener un programa continuo de capacitaciones y sensibilizaciones en materia de migración y salud para funcionarios y profesionales de salud para acceso de todas las comunas.
9. Apoyar la generación de catastros por comuna que permitan visibilizar la situación de migrantes internacionales en cada territorio.
- a. Incluir en diagnósticos comunales y del servicio de salud preguntas específicas dirigidas a poblaciones migrantes en el SSMOCC, que consideren dimensiones de variables migratorias específicas, condiciones de vida y de trabajo, convivencia barrial y familiar y acceso y uso de servicios de salud.
  - b. Incluir información sobre condiciones de vida y trabajo.
  - c. Incluir información que permita detectar y priorizar necesidades de salud de población migrante internacional en cada territorio.

10. Incluir prestaciones específicas de salud mental para población migrante internacionales en todas las comunas.
11. Generar estrategias de detección de casos sociales complejos en relación a población que ha ingresado por pasos no habilitados y que acarrea consecuencias físicas y psicológicas fruto de dicha experiencia.
  - a. Focalizar el trabajo con niños, niñas y adolescentes migrantes que han ingresado solos al país.
  - b. Focalizar el trabajo con mujeres embarazadas y necesidades específicas producto de las experiencias de ingreso a Chile.
12. Incorporar y transversalizar el enfoque de interculturalidad en todo el quehacer de salud con población migrante internacional.
  - a. Sensibilizar a todos los funcionarios y profesionales de salud en el enfoque de interculturalidad en salud.
  - b. Generar espacios de encuentro intercultural en los territorios.
13. Incorporar y transversalizar el enfoque de género y migración en todo el quehacer de salud con población migrante internacional, con foco en la vulnerabilidad social en la que los procesos migratorios sitúan particularmente a mujeres y NNA.
14. Viabilizar las necesidades y condiciones de vida de migrantes sanitarias en contextos de crisis sanitaria como la pandemia por Covid-19, e incorporarlas en las estrategias de afrontamiento de las crisis sanitarias.
15. Fortalecer las buenas prácticas locales en relación a población migrante en salud.

A esto se suman los principios rectores y prioridades del marco normativo de la OMS referido al Plan de promoción de la salud de migrantes y refugiados para los años 2019-2023 (2017):

### **PRINCIPIOS RECTORES**

1. El derecho a gozar del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr.
2. Igualdad y no discriminación.
3. Acceso equitativo a los servicios de salud.
4. Sistemas de salud centrados en las personas, que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes y los aspectos de género.
5. Prácticas sanitarias no restrictivas basadas en las condiciones de salud.
6. Enfoques que impliquen a todos los sectores estatales y al conjunto de la sociedad.
7. Participación e inclusión social de los refugiados y los migrantes.
8. Alianzas y cooperación.

## Bibliografía

1. Castelli F. Drivers of migration: why do people move? *Journal of travel medicine*. 2018;25(1):tay040.
2. Segal U. Globalization, migration, and ethnicity. *Public health*. 2019;172:135-42.
3. OIM. WORLD MIGRATION REPORT. 2020.
4. Cerrutti M, Parrado E. Intraregional migration in South America: trends and a research agenda. *Annual Review of Sociology*. 2015;41:399-421.
5. UN. Population Facts. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 September 2019.
6. INE. Estimación de Población Extranjera en Chile. 2019 [Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/media/2019/07/Minuta-Estimaci%C3%B3n-Regional-y-principales-Comunas.pdf>]
7. CASEN. Inmigrantes Síntesis de resultados 2017 [Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Inmigrantes\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf)].
8. OMS. Determinantes sociales de la salud [Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)].
9. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*. 2015;36:375-92.
10. Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*. 2009;16(1):10-2.
11. van Anders SM, Schudson ZC, Abed EC, Beischel WJ, Dibble ER, Gunther OD, et al. Biological sex, gender, and public policy. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2017;4(2):194-201.
12. Chia CW, Egan JM, Ferrucci L. Age-related changes in glucose metabolism, hyperglycemia, and cardiovascular risk. *Circulation research*. 2018;123(7):886-904.
13. Fedeli U, Cestari L, Ferroni E, Avossa F, Saugo M, Modesti PA. Ethnic inequalities in acute myocardial infarction hospitalization rates among young and middle-aged adults in Northern Italy: high risk for South Asians. *Internal and emergency medicine*. 2018;13(2):177-82.
14. Muncan B. Cardiovascular disease in racial/ethnic minority populations: illness burden and overview of community-based interventions. *Public health reviews*. 2018;39(1):1-11.
15. Hamad R, Penko J, Kazi DS, Coxson P, Guzman D, Wei PC, et al. Association of Low Socioeconomic Status With Premature Coronary Heart Disease in US Adults. *JAMA Cardiology*. 2020.
16. Nielsen SS, Hempler NF, Krasnik A. Issues to consider when measuring and applying socioeconomic position quantitatively in immigrant health research. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(12):6354-65.
17. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: challenges and interventions. *Circulation*. 2018;137(20):2166-78.
18. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54:20.
19. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. 2016;120(5):495-508.
20. Gellman MD, Turner JR. *Encyclopedia of behavioral medicine*: Springer; 2013.
21. Berry JW. *Acculturation strategies and adaptation*. 2007.

22. Al-Sofiani ME, Langan S, Kanaya AM, Kandula NR, Needham BL, Kim C, et al. The relationship of acculturation to cardiovascular disease risk factors among US South Asians: Findings from the MASALA study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2020;161:108052.
23. Commodore-Mensah Y, Ukonu N, Cooper LA, Agyemang C, Himmelfarb CD. The association between acculturation and cardiovascular disease risk in Ghanaian and Nigerian-born African immigrants in the United States: the Afro-Cardiac Study. *Journal of immigrant and minority health*. 2018;20(5):1137-46.
24. Krieger N. Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*. 2014;44(4):643-710.
25. Sharif MZ, Biegler K, Mollica R, Sim SE, Nicholas E, Chandler M, et al. A health profile and overview of healthcare experiences of Cambodian American refugees and immigrants residing in Southern California. *Journal of immigrant and minority health*. 2019;21(2):346-55.
26. Pedersen SS, Von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European journal of preventive cardiology*. 2017;24(3\_suppl):108-15.
27. McCurley JL, Penedo F, Roesch SC, Isasi CR, Carnethon M, Sotres-Alvarez D, et al. Psychosocial factors in the relationship between socioeconomic status and cardiometabolic risk: the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2017;51(4):477-88.
28. Lindström M, Rosvall M. Two theoretical strands of social capital, and total, cardiovascular, cancer and other mortality: A population-based prospective cohort study. *SSM-population health*. 2019;7:100337.
29. Gushulak BD, MacPherson DW. Health aspects of the pre-departure phase of migration. *PLoS medicine*. 2011;8(5).
30. Millán-Franco M, Gómez-Jacinto L, Hombrados-Mendieta I, García-Martín MA, García-Cid A. Influence of time of residence on the sense of community and satisfaction with life in immigrants in Spain: The moderating effects of sociodemographic characteristics. *Journal of community psychology*. 2019;47(5):1078-94.
31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores; 2014.
32. Creswell J. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. En: Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores; 2014.
33. Creswell J. *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* 4 ed. California: Sage Publications; 2014.
33. Patton M. *Qualitative research & evaluation methods*. Sage; 2002
34. Vázquez ML, Ferreira M, Mogollón A, Fernández MJ, Delgado ME, Vargas I. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005).