

La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas

Cabieses B / Bernales M / McIntyre AM



La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas

Cabieses B / Bernales M / McIntyre AM



Derechos Reservados

Se autoriza la reproducción de la información aquí contenida siempre que se cite esta publicación como fuente. El uso de las imágenes requiere autorización de sus propietarios.

© 2017. Universidad del Desarrollo.

Protegido por derechos de autor

Impreso en Chile / Printed in Chile

ISBN versión digital : 978-956-374-001-1

Registro online del Departamento de Derechos Intelectuales (DDI) número de inscripción N° A-272429

Las opiniones expresadas en este informe son aquellas de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de las organizaciones que financian este libro: Universidad del Desarrollo, Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt) y Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Las designaciones utilizadas y la presentación del material a lo largo del informe no suponen la expresión de ninguna opinión por parte dichas organizaciones con relación a la situación jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o área, o de sus autoridades, o sus fronteras o límites.



Fuentes de financiamiento:

Este libro fue financiado por medio de los aportes de:

- Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo
- Proyecto de investigación Fondecyt 11130042 "Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos", CONICYT, Chile
- Organización Internacional para las Migraciones - OIM

Colaboran:

- Departamento de Extranjería y Migración - DEM, Ministerio del Interior y Seguridad Pública
- Ministerio de Salud - MINSAL
- Servicio Jesuita a Migrantes - SJM
- Instituto Católico Chileno Migrante - INCAMI

Apoyan:

- Ministerio de Desarrollo Social
- World Federation for Health and Migration
- Sociedad Chilena de Epidemiología - SOCHEPI
- Sociedad Chilena de Medicina Conductual y Psicología de la Salud
- Sociedad Chilena de Salubridad - SOCHISAL

Primer prólogo

El libro que hoy prologamos “La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas”, realizado por la Facultad de Medicina de la Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (FM CAS-UDD), en el contexto de la literatura en salud y migración en Chile, es en definitiva, uno de los libros más destacados y apremiantes escritos en los últimos tiempos. En su intenso recorrido va hilvanando la mirada de los distintos actores institucionales que ponen de manifiesto a través de un análisis objetivo de cómo la migración se vincula con la salud y lejos de verse como un servicio, poco a poco se va convirtiendo en una especie de entramado social de políticas públicas.

El imperativo de generar conocimientos desde diferentes perspectivas de análisis, como también poner en el relieve de la discusión un tema de vital y necesaria importancia con un enfoque basado en los derechos humanos, aporta y contribuye a una forma de pensamiento y reflexión imprescindible para los tomadores de decisiones y permite que los usuarios, en este caso las personas migrantes, independientemente de su condición migratoria, puedan tener una garantía en el acceso a los servicios.

Que a la Organización Internacional para las Migraciones OIM, se le haya invitado a prologar este libro, reafirma nuestra convicción de la estrecha vinculación que existe entre migración y salud y dentro de una discusión mayor, de los nexos que se atribuyen entre migración y desarrollo. Asimismo, pone a las personas migrantes como elementos centrales en los programas nacionales, propósito ya expresado en la Declaración del Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional y el Desarrollo, celebrado en Nueva York en 2013.

Actualmente, el debate sobre salud y migración en el plano nacional y regional es rectorado por el Ministerio de Salud, que con su liderazgo como generador de normativas y políticas permite cada vez más fortalecer un modelo de salud más incluyente. En el año 2014 este Ministerio crea el Equipo Asesor Sectorial de Inmigrantes y Refugiados, órgano asesor de la Ministra de Salud, que tiene la finalidad de revisar y fortalecer el enfoque de salud a personas migrantes y refugiadas, facilitar apoyo técnico dentro de este equipo asesor es tarea de la OIM. Posteriormente, en julio de 2015, la OIM avanza con la firma de un Acuerdo de Colaboración con este Ministerio, sentando las bases para una colaboración mutua, estrecha, coherente y permanente sobre salud y migración. El acuerdo, actualmente se encuentra en la fase operacional permitiendo a la OIM acompañar importantes procesos de sensibilización y capacitación, jornadas nacionales, estudios exploratorios en salud en municipios con migración transfronteriza y participar en mesas y diálogos nacionales y regionales en salud.

De esta forma y en concordancia con lo anterior, en el 2015 y 2016, el Ministerio de Salud avanzó en pasos importantes en materia de legislación, aprobando dos circulares para mejorar y ampliar las políticas en el acceso y derecho a la salud de las personas migrantes, principalmente mujeres embarazadas, niños y niñas y casos de urgencia clínica para personas con estatus migratorio irregular. Creemos que es un gran avance por el derecho a la salud de la población migrante en Chile y una buena práctica de un modelo y una política inclusiva de salud.

Dado este marco general, las distintas investigaciones y opiniones calificadas de autores y expertos que se plasman en este libro nos inspira pero también nos obliga a continuar generando discusión y acciones concretas para incorporar a la población migrante al sistema sanitario sin restricciones y en igualdad de condiciones. El resultado de esta discusión sin duda contribuirá a fortalecer el diseño de políticas públicas sectoriales y orientará el desarrollo local destacando las mejores prácticas desarrolladas hasta el momento, propiciando el intercambio de información y creación de conocimiento con los actores relevantes en los países de tránsito y destino. Sin estas opiniones es más difícil construir una sociedad inclusiva, igualitaria y justa y poderla entender desde un escenario global e integral de derechos humanos y de determinantes sociales.

Finalmente, todos los actores que abordan estas materias nos encontramos ante desafíos cada vez mayores. En primer término, el perseverar en difundir el enfoque de derechos humanos como eje central en el diseño de políticas públicas en salud; en segundo término el poder abogar por acciones tendientes a incluir a la población migrante en la convivencia diaria en los países y sociedades de acogida, respetando la diversidad y reconociendo el enfoque intercultural; y en tercer término el poder armonizar, en un marco de gobernanza, a todos los actores, tanto de niveles centrales como locales, en la búsqueda de nuevas estrategias que puedan disminuir las brechas existentes entre población nacida en un territorio y aquella que se incorpora por las razones que sea. El desarrollo de una sociedad inclusiva se hace con todos y para todos.

Norberto Girón
OIM – Jefe de Misión Chile

Durante las últimas décadas se ha producido un creciente reconocimiento de la necesidad de un análisis más detallado de la migración, poniendo de relieve la importancia de descomponer la categoría de "migrante" y teniendo en cuenta algunos marcadores de identidad como clase, raza, etnia, género, edad y etapa del ciclo de vida, que dan forma a la experiencia migratoria de los individuos. Estos factores con frecuencia configuran las opciones migratorias realizadas por individuos, determinando, por ejemplo, si son parte de los flujos migratorios globales de élite, totalmente documentados y capaces de moverse a sus anchas entre la "casa" y su destino; o se encuentran en las corrientes migratorias más ocultas, moviéndose sin documentación entre los países. Se le ha dado cada vez mayor atención académica a la comprensión de la naturaleza cambiante de la migración latinoamericana, trazando por ejemplo, la composición de género de la migración laboral en la región y en particular el crecimiento de la migración laboral femenina en América Latina y hacia Europa.

La complejidad de los diversos flujos migratorios en América Latina también plantea cuestiones importantes desde el punto de vista de la salud. En el contexto de crisis de salud, como la reciente propagación del virus Zika, surge la preocupación en la región en torno a la seguridad de la salud. Esto puede llevar a iniciar nuevos controles sobre determinados flujos migratorios en un intento de limitar la propagación de enfermedades infecciosas. Sin embargo, la necesidad de seguridad de la salud también apunta a la importancia de desarrollar una mejor comprensión de los complejos y múltiples vínculos entre la salud y la migración. Asimismo, se reconoce el papel vital de la evidencia científica para permitir a los responsables políticos responder con mayor eficacia a los retos de salud que plantea la migración, mientras se disputan supuestos y prejuicios hacia los migrantes como que representan un riesgo significativo para la salud. Por otra parte, en la era de la agenda de desarrollo sostenible de post 2016, los gobiernos deben también procurar llevar a cabo sus compromisos para cumplir con la meta y los objetivos englobados dentro de los objetivos del desarrollo sostenible, incluyendo la necesidad de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos. Esto apunta a otra área del debate en curso en torno a qué distancia de la responsabilidad del Estado se extiende más allá de sus propios ciudadanos equilibrarse con el cumplimiento de los acuerdos internacionales de derechos humanos, que trascienden las fronteras nacionales.

Esta importante nueva colección editada por Báltica Cabieses, Margarita Bernal y Ana María McIntyre, por tanto, hace una contribución vital a debates más amplios en torno a la migración y la salud. Se da el caso chileno de que el país que ha transitado desde un país de emigrantes a un país receptor de migrantes. Mientras que la mayoría de los flujos migratorios son en su mayoría de otras partes de América Latina, también hay evidencia de nuevos flujos migratorios procedentes de África y Asia (1). Sin embargo, hasta ahora ha habido poca evidencia empírica sobre la salud de migrantes internacionales en Chile y las implicancias de estos cambios. En este oportuno libro, los editores apuntan a acortar esta brecha, y para ello reúne a una amplia gama de capítulos que ofrecen perspectivas multidisciplinares sobre la salud que arrojan nueva luz sobre la salud de migrantes internacionales.

Los capítulos de este libro destacan que la migración ha sido ampliamente reconocida como un determinante social de la salud y que es responsabilidad del Estado ofrecer respuestas más amplias a las necesidades de salud de esta población. Tomando un enfoque de derechos humanos con base a la provisión de salud, se refuerza la necesidad de asegurar que las necesidades de salud de los grupos de migrantes se incorporen adecuadamente en las políticas nacionales de salud y que las poblaciones migrantes se encuentren adecuadamente apoyadas mientras aprenden a navegar por el sistema de salud. Al mismo tiempo, cuerpos amplios de conocimiento de investigación han contribuido a reconocer que los migrantes no son individuos impotentes o incapaces de ejercer autonomía, sino más bien a permitirles un papel activo en la búsqueda de mantener su propia salud y bienestar de su familia. De hecho, en muchos casos los migrantes no prefieren los servicios de salud formales, sino que prefieren (i) volver a "casa" o país de origen para hacer uso de los servicios de atención médica o (ii) participar en servicios y conductas de salud más informales, tales como la compra de medicamentos directa de una farmacia o tomar remedios «alternativos». Todo esto refuerza la importancia de garantizar servicios básicos de salud y de desarrollar nuevas estrategias bien informadas para acoplarse con las poblaciones migrantes que a menudo permanecen al margen de una disposición formal desde los sistemas de salud oficiales.

La evidencia presentada en este libro ayuda a construir una imagen mucho más clara de las necesidades de salud de los migrantes y su comportamiento relacionado con la salud a lo largo de diferentes partes del país, destacando la diversidad de las poblaciones migrantes en todo Chile. Los estudios presentados aquí demostrarán ser una herramienta muy valiosa para los responsables políticos para garantizar un uso más eficaz de los recursos del sector de la salud. Con esta evidencia las respuestas de política pública pueden ser más focalizadas y dirigidas, para hacer frente a los problemas de salud más urgentes que enfrentan las poblaciones de migrantes internacionales a nivel nacional y en diferentes comunas del territorio continental. El análisis también pone de relieve los acontecimientos importantes a nivel central, donde los servicios de salud han hecho avances importantes hacia el trabajo para obtener mejores resultados de salud con las comunidades migrantes. El éxito de las políticas a nivel nacional en la obtención de mejores niveles de salud en las poblaciones migrantes también depende de la aplicación efectiva de estas políticas a los proveedores de salud locales, quienes deben trabajar para superar las múltiples restricciones con las que trabajan para excluir a las comunidades tengan acceso a los servicios. Esto incluye desafiar las normas de género y raciales profundamente arraigadas que se encuentran a menudo dentro de los sistemas de salud y en la sociedad en general, para garantizar el acceso universal a la salud realmente se aplique a toda la población chilena.

Referencia

1.) Reveco D, Mullan C. Migration Policy in Chile, *International Migration*, 2014; 52 (5): 1-14.

Segundo prólogo (original en inglés)

There has been a growing recognition of the need for more nuanced analysis of migration, highlighting the importance of breaking down the category of 'migrant' and taking into account how identity markers such as class, race, ethnicity, gender, age and stage of life course shape the migratory experience of individuals. These factors frequently shape the migratory choices made by individuals, determining for example whether they are part of elite global migratory flows, fully documented and able to move at ease between 'home' and their destination, or are located in more hidden migratory flows, moving without documentation between countries. Growing scholarly attention has been given to understanding the changing nature of Latin American migration – charting for example the highly gendered composition of labour migration across the region and particularly the growth of female labour migration from Latin America to Europe.

The complexity of diverse migratory flows across Latin America also raises important questions from a health perspective. In the context of health crises such as the recent spread of the Zika virus in parts of the region concerns around health security can initiate new controls on particular migratory flows in an attempt to constrain the spread of infectious diseases. Yet the need for health security also points to the importance of developing a better understanding of the complex and multiple links between health and migration and the vital role of detailed evidence to enable policy makers to respond more effectively to the health challenges posed by migration while at the same time contesting often deeply embedded problematic assumptions that migrants pose a significant health risk. Moreover, in the era of the post 2016 sustainable development agenda, governments must also seek to undertake their commitments to fulfil the goal and targets encompassed within the Sustainable Development Goals, including the need to ensure healthy lives and promote well-being for all. This points to another area of on-going debate around how far state's responsibility extends beyond that of their own citizens balanced against fulfilment of international human rights agreements which arguably transcend national borders.

This important new collection edited by Báltica Cabieses, Margarita Bernales and Ana Maria McIntyre therefore makes a vital contribution to wider debates around migration and health. The Chilean case is significant given that the country that has recently undergone an important transition from a migrant-sending to a migrant-receiving country. While the majority of migrant flows are predominantly from other parts of Latin America, there is also evidence of new migrant flows from Africa and Asia (1). Yet until now there has been little empirical evidence examining the health-related implications of these shifts. In this timely volume the editors address this gap, bringing together a wide range of chapters offering multi-disciplinary perspectives on health that shed new light on these changes.

As the chapters highlight migration has been widely recognised as a social determinant of health and it is the responsibility of the state to ensure this is reflected in wider health system responses to meeting health needs. Taking a human rights based approach to health provisioning reinforces the need to ensure that the health needs of migrant groups are appropriately incorporated into national health policies and that migrant populations are adequately supported as they learn to navigate the health system. At the same time wider bodies of research have contributed to the need to recognise that migrants are not merely powerless individuals who are incapable of exercising agency but that frequently play an active role in seeking to maintain their own health and well-being and that of family members. Indeed in many cases migrants do not engage in formal health services, instead preferring to return 'home' for health care services or engaging in more informal health-seeking behaviour such as buying medication direct from a pharmacy or taking 'alternative' remedies. Yet this reinforces the importance of ensuring health services develop new, well-informed strategies for engaging with migrant populations who often remain marginalised from formal provision.

The data presented in this volume helps construct a much clearer picture of migrants' health needs and their health-related behaviour across different parts of the country, highlighting the diversity of migrant populations across Chile. The studies presented here will prove to be an invaluable tool for policy makers in ensuring more effective use of resources within the health sector as policy responses can be directed more specifically to address the most pressing health challenges facing different *comunas*. The analysis also highlights important developments at the local level where health services have made important inroads towards working for better health outcomes with migrant communities. The success of national level policies in securing improved levels of health across migrant populations is also dependent on the effective implementation of these policies at the local level and health providers must work to overcome the multiple constraints that work to exclude communities from accessing services. This includes challenging the deeply embedded gendered and racialized norms that are often found within health systems and working to ensure universal access to health really does apply to the entire Chilean population.

Reference

1) Reveco D, Mullan C. Migration Policy in Chile, *International Migration*, 2014; 52 (5): 1-14.

Jasmine Gideon
Birkbeck, University of London

INDICE

PRÓLOGOS.....	7
---------------	---

Capítulo 1

Introducción y conceptos esenciales.....	15
--	----

Báltica Cabieses, PhD

Margarita Bernaldes, PhD

Ana María McIntyre, MSc

Sección I

La migración como fenómeno global y local

Introducción a Sección I.....	27
-------------------------------	----

Capítulo 2

La Migración como Determinante Social de la Salud.....	29
--	----

Carlos Van der Laet, MD, MSc

Capítulo 3

Una política migratoria para un Chile cohesionado.....	39
--	----

Rodrigo Sandoval Ducoing

Capítulo 4

Avances y Desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM.....	51
---	----

Felipe Calderón, BSc

Florencia Saffirio, MSc(c)

Capítulo 5

Salud y migración laboral en Chile: historia y comprensión para el mejoramiento de las políticas públicas desde los desafíos de las actuales migraciones. Una mirada desde el INCAMI.....	61
---	----

José Delio Cubides Franco, MSc

Katherine Constanza Vásquez Gallardo, MSc

Capítulo 6

Modelos de gestión propuestos y modelos existentes en Chile para la gestión municipal: fortalezas y desafíos para el trabajo con población migrante internacional.....	75
--	----

Claudia Silva, PhD

Sección II

La salud de migrantes internacionales en Chile: Evidencia nacional

Introducción a Sección II.....	95
--------------------------------	----

Capítulo 7

Vulnerabilidad territorial de migrantes internacionales en Chile: análisis de Censos 1992-2012.....	99
---	----

Andrea Vásquez, MSc

Báltica Cabieses, PhD

Helena Tunstall, PhD

Capítulo 8

Perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile.....	115
---	-----

Victor Pedrero, MSc

Marcela Oyarte, MSc

Báltica Cabieses, PhD

Verónica Arriagada Elzo, MSc

Claudia Silva Dittborn, PhD

Capítulo 9

Uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local en Chile.....	147
---	-----

Báltica Cabieses, PhD

Marcela Oyarte, MSc(c)

Iris Delgado, PhD(c)

Capítulo 10	
Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local	181
<i>Marcela Oyarte, MSc(c)</i>	
<i>Báltica Cabieses, PhD</i>	
<i>Iris Delgado, PhD(c)</i>	
Capítulo 11	
Embarazo como estrategia de regularización del estatus migratorio. Discursos de los trabajadores en salud en atención primaria	213
<i>María Elizabeth Guerra Zúñiga, MPH, PhD(c)</i>	
<i>Mauricio Ríos Hidalgo, MSc(c)</i>	
Capítulo 12	
Nacer y crecer en Chile: Identificando brechas entre niños migrantes internacionales y niños chilenos	225
<i>Báltica Cabieses, PhD</i>	
<i>Marcela Oyarte, MSc</i>	
<i>Macarena Chepo, MSc(c)</i>	
<i>Patricia Bustos, MSc(c)</i>	
<i>María Eugenia Chadwick, MD, Esp.</i>	
Capítulo 13	
Innovaciones centrales y locales para la atención de salud a migrantes internacionales en Chile	249
<i>Báltica Cabieses, PhD</i>	
<i>Margarita Bernales, PhD</i>	
<i>Macarena Chepo, MSc(c)</i>	
<i>María Teresa Escobar, MSc(c)</i>	
<i>Paz Bersano, MSc</i>	

Sección III

La migración en Chile en comunas seleccionadas del país

Introducción a Sección III	273
Capítulo 14	
Estudio de Caso: Comuna de Arica	279
<i>Macarena Chepo, MSc(c)</i>	
<i>Ana M McIntyre, MSc</i>	
<i>José Tomás Vicuña, BSc</i>	
Capítulo 15	
Estudio de Caso: Comuna de Iquique	303
<i>Alexandra Obach, PhD</i>	
<i>Javiere Flaño, MD</i>	
<i>Andrea Vásquez, MSc</i>	
Capítulo 16	
Estudio de Caso: Comuna de Antofagasta	329
<i>Alexandra Obach, PhD</i>	
<i>Báltica Cabieses, PhD</i>	
<i>Macarena Chepo, MSc(c)</i>	
<i>Ana M McIntyre, MSc</i>	
Capítulo 17	
Estudio de Caso: Comuna de Calama	359
<i>Margarita Bernales, PhD</i>	
<i>Ana M McIntyre, MSc</i>	
<i>Moisés Morales, BSc</i>	
Capítulo 18	
Estudio de Caso: Comuna de Maipú	379
<i>Ana M McIntyre, MSc</i>	
<i>Margarita Bernales, PhD</i>	
<i>Elizabeth Licanqueo, MSc</i>	

Capítulo 19	
Estudio de Caso: Comuna de Santiago	401
<i>Margarita Bernaldes, PhD</i>	
<i>María Teresa Escobar, MD, MSc(c)</i>	
<i>Paz Bersano, MSc</i>	
Capítulo 20	
Estudio de Caso: Comuna de Independencia	423
<i>Macarena Chepo, MSc(c)</i>	
<i>Ana M McIntyre, MSc</i>	
<i>Carlos Muñoz R.</i>	
Capítulo 21	
Estudio de Caso: Comuna de Recoleta	447
<i>Javiera Flaño Olivos, MD, MSc</i>	
Capítulo 22	
Estudio de Caso: Comuna de Quilicura	471
<i>Yamile Cabrera Cuevas</i>	
<i>Gonzalo Blanco Nuñez, MSc</i>	
<i>Débora Ramos Barrios, BSc</i>	

Sección IV

Discusión y Recomendaciones

Capítulo 23	
Discusión y conclusiones	487
<i>Báltica Cabieses, PhD</i>	
<i>Margarita Bernaldes, PhD</i>	
Capítulo 24	
Recomendaciones concretas para Chile	507
<i>Alex Alarcón, PhD</i>	
<i>Margarita Bernaldes, PhD</i>	
<i>Báltica Cabieses, PhD</i>	
<i>María Teresa Escobar, MSc(c)</i>	
<i>Jossette Iribarne, MSc(c)</i>	
<i>Ana M McIntyre, MSc</i>	
<i>Victor Pedrero, MSc</i>	
<i>Florencia Saffirio, MSc(c)</i>	
<i>Claudia Silva Dittborn, PhD</i>	



Capítulo 1

Introducción y conceptos esenciales

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, Encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Margarita Bernales, PhD

Docente Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Ana María McIntyre, MSc

Docente Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Los movimientos migratorios son tan antiguos como el hombre.
- Diversos autores y organizaciones internacionales han elaborado definiciones de migración internacional y migrante, lo que reafirma la complejidad del análisis del fenómeno migratorio.
- La migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo y en Chile.
- La información sobre la salud de los inmigrantes en Chile y Latinoamérica es escasa.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Este libro se propone ser un aporte al conocimiento disponible en nuestro país en la actualidad, y co-construir, junto con los principales actores en la temática migratoria y su relación con salud, los lineamientos y recomendaciones urgentes a instalar en políticas y prácticas en esta materia.
- El libro se organiza en cuatro secciones. Las secciones II y III presentan evidencia científica inédita cuantitativa y cualitativa sobre la compleja relación entre migración internacional y salud, principalmente –pero no exclusivamente- a partir del proyecto Fondecyt 11130042. Las secciones I y IV se redactaron en alianza con los principales organismos dedicados a la temática migratoria en Chile.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existe hoy en Chile la necesidad de definir cómo abordar la salud de la población migrante internacional. Esto es, desde qué paradigma o perspectiva se debe avanzar en la temática de salud migratoria, perspectiva que determina la manera de realizar diagnósticos, propuestas de intervención, seguimiento y monitoreo, e incluso determina cómo se evalúa el éxito o fracaso del país en la protección y mejoramiento continuo de la salud de la población migrante internacional en Chile.
- Este libro aporta a este debate por medio de la entrega de evidencia inédita, reflexión teórica y desarrollo de propuestas de recomendaciones para políticas públicas en nuestro país. Estas recomendaciones deberán ser contrastadas con otras entidades organizadas y sociedad civil, de tal forma de construir una sociedad que aspire a ser más inclusiva, participativa y equitativa.

d) **Palabras clave:** migración internacional, determinación social de la salud y equidad en salud, Chile, derechos humanos, competencia cultural en salud, inclusión y participación social, identidad y diversidad cultural.

Este libro surge en el seno del Programa de Estudios Sociales en Salud de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Una de sus líneas de investigación corresponde a la salud de migrantes internacionales, temática sobre la cual algunos de sus miembros investigan desde hace casi una década. En esta temática se destaca el **Proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos”** (2014-2017), que es la fuente principal de desarrollo de los capítulos de las secciones II y III de este libro. Las secciones I y IV surgen de colaboración con los principales organismos dedicados a la temática migratoria en Chile, y de quienes estamos profundamente agradecidos.

2. La migración como determinante social de la salud

Los movimientos migratorios son tan antiguos como el hombre. Este se movilizaba de un territorio a otro buscando mejores lugares de caza, refugio y seguridad para el sustento de su manada y de esta manera asegurar la supervivencia de su especie (1). Hoy en día las personas siguen moviéndose por el mundo (2). Dadas las facilidades de acceso a información, el avance en las comunicaciones y el menor tiempo y costo de los traslados, el llegar de un lugar a otro resulta hoy en día más rápido y menos costoso que en el pasado (3).

Diversos autores y organizaciones internacionales han elaborado definiciones de migración internacional y migrante, lo que reafirma la complejidad del análisis del fenómeno migratorio. La OIM, define migración internacional como el movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo (4). Estas personas para ello han debido atravesar una frontera. Las Naciones Unidas define migrante internacional, a la persona que vive fuera de su lugar de residencia habitual por al menos un año (5).

La migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo (6) y en Chile (7). Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que esta población sea potencialmente vulnerable y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública (8-11). A nivel mundial, se estima que existen alrededor de 200 millones de personas migrantes internacionales (2, 5). Cifras del año 2011 muestran que en América Latina y el Caribe, unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país (4). En general, los EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región (12).

¿Por qué migrar a Chile? Chile es un país de alto ingreso con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de alrededor de \$20 000 (USD) según datos del 2014 del Fondo Monetario Internacional. Cuenta en 2015 con una población de 18 millones de habitantes según recientes estimaciones del Instituto Nacional de Estadística de Chile. En las últimas décadas ha experimentado grandes cambios económicos y demográficos, una mejora progresiva de las condiciones de salud de la población, la disminución de la mortalidad infantil y general y el aumento de la esperanza de vida (13). Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (14-16). Estas características hacen de Chile un país de atracción para comunidades que experimentan en sus países de origen violencia, inseguridad política, desempleo y conflicto armado. La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014 (más de 441.000 personas según datos recientes del Departamento de Extranjería y Migración). Esta corresponde a la tasa de inmigrantes más alta observada desde 1950 en Chile. Entre 2002 y 2014 la tasa de crecimiento medio anual de la inmigración ha sido de 13,2%, mientras que el de la población total residente en Chile de 1,5% anual.

Durante las dos últimas décadas, América del Sur y otros países asiáticos han aumentado su tasa de inmigración regional. Desde hace un par de décadas Chile ha experimentado un “nuevo patrón migratorio” (4). Este nuevo patrón consiste en una importante mayoría de inmigrantes provenientes de otros países de América Latina, en busca de oportunidades laborales. También ha ido aumentando la inmigración femenina en nuestra región, entre ellos Chile, para trabajar en los servicios manuales y domésticos. La migración internacional en Chile presenta en la actualidad una de las tasas más altas de su historia y es posible suponer que se mantendrán o aumentarán en las próximas décadas. El complejo y dinámico proceso de globalización que se ha instalado en el mundo en los últimos 50 años nos permite recoger experiencias pasadas de países que han sido polo de atracción de migrantes internacionales, y el profundo impacto que tienen la existencia -o ausencia- de políticas migratorias, sociales y de salud que verdaderamente protejan la calidad de vida y el bienestar familiar, laboral y social de dichas personas. Esta evidencia histórica es una oportunidad para que Chile tome las decisiones correctas.

Nuestro país ha ratificado la declaración de Adelaida del 2010 y apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial. Esto promueve que el Ministerio de Salud, alineado con los Objetivos de la Década 2011-2020, colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. Esto es un imperativo ético, legal y social que requiere de mayor apoyo y desarrollo.

Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de protección de grupos de migrantes internacionales en nuestro país.

3. ¿Por qué este libro para Chile?

Chile es hoy un país de alto ingreso, miembro del grupo elite mundial de la OCDE (17). Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile tiene una población de 18 006 407 habitantes, de los cuales 8 911 940 son hombres y 9 094 467, mujeres (INE, 2014). De acuerdo al censo de 2002, esta cifra era de 15 116 435 habitantes, de los cuales 7 447 695 eran hombres y 7 668 740, mujeres (INE, 2003). El crecimiento de la población se ha reducido últimamente. Aunque la población de Chile se quintuplicó durante el siglo XX —el país alcanzó los 2.695.625 habitantes en 1895, los 5.023.539 en 1940 y los 13.348.401 en 1992—, la tasa de crecimiento intercensal 1992-2002 fue del 1,24 % anual, mientras que entre 2002-2012 fue de 0,99 % (18).

Debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos fue la más alta de Sudamérica en 2013 (19). En 2009 esta era de 78,4 años: 75,74 para los hombres y 81,19 para las mujeres (20). Ese mismo año, la tasa bruta de natalidad alcanzó el 15,0‰ y la tasa bruta de mortalidad, el 5,4‰ —con una tasa de crecimiento natural del 9,6‰ (0,96 %)—, mientras que la tasa de mortalidad infantil fue del 7,9‰ (21). Estas cifras permiten establecer un proceso de envejecimiento de la sociedad chilena en la que la mayor parte de la población tendrá sobre 35 años en 2020 (22), superando al grupo etario joven, dominante en este momento. Así, en 2025, la pirámide de población se convertirá en un perfil campaniforme producto del proceso de transición demográfica que vive Chile (23).

Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (14-16). Hay múltiples razones para el estado de salud relativamente bueno de la población chilena en comparación con otros países de similar desarrollo económico. Desde principios del siglo XX Chile ha desarrollado importantes iniciativas de salud pública para el mejoramiento de la salud de su población, en primer lugar se centró en la mortalidad materno-infantil y las epidemias infecciosas y, más recientemente, en las enfermedades crónicas y el cáncer. Estos esfuerzos sistemáticos en materia de salud pública y protección social han dado importantes frutos en salud. Sin embargo, no todos los grupos sociales se han beneficiado de estos avances en la misma medida (24). Existen profundas diferencias en el estado de salud de la población chilena al comparar por ejemplo según nivel socioeconómico, previsión, región, sexo, edad y otros factores (25, 26). En conocimiento de los avances que nuestro país ha logrado en materia de condiciones generales de vida, estabilidad política y económica, relaciones internacionales, entre otros, surge la inquietud de problematizar y reformular qué es, cómo se refleja y qué consecuencias tiene en salud la vulnerabilidad social hoy en Chile.

El país posee pocos datos estadísticos oficiales en relación a la prevalencia de enfermedades o condiciones de salud de los inmigrantes. Algunos estudios más recientes que abordan temas de salud y migración en Latinoamérica y Chile son los de Cabieses (7, 27-32), Agar (33, 34), Vásquez de Kartzow (35, 36), la consultora Demoscópica (37), Fundación Instituto de la Mujer (38), la Organización Internacional de Migración (OIM) en Chile (39), Alvarado (40), la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile (41) y Yáñez y Cárdenas (42). Estos estudios, en su mayoría, reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile (los inmigrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena), pero destaca la existencia de subgrupos de inmigrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Inmigrantes con bajo nivel socioeconómico reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes y muy similar a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, más jóvenes que los chilenos (7, 32). No obstante este patrón general, hay estudios que evidencian las pobres condiciones de vida y su relación con problemas de salud mental en grupos específicos de migrantes internacionales en Chile, como lo es el caso de peruanos en el centro de Santiago (43).

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular (44, 45). En Chile según datos de la encuesta CASEN 2011, el 14% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional, de este porcentaje el mayor grupo corresponde al colombiano con un 30% del total que dice no pertenecer a ningún sistema previsional de salud, seguido por el boliviano (19%), ecuatoriano (13%) y peruano (12%). Datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud. El grupo con mayor dificultad de acceso a salud en Chile es el que se encuentra en situación irregular, de acuerdo a un estudio realizado el año 2004 por Corporación Colectivo Sin Fronteras.

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

La información sobre la salud de los inmigrantes en Chile y Latinoamérica es escasa, especialmente en aquellos en situación irregular (32). Hoy se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, nivel socioeconómico y de salud antes de migrar, efectos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Esto cobra especial relevancia al considerar la heterogeneidad demográfica y económica de este grupo (46). Es necesario desarrollar más estudios cuantitativos y cualitativos focalizados a la población inmigrante, idealmente de manera longitudinal y de representación nacional. Sólo de esta manera se podrá orientar de manera efectiva estrategias que faciliten la protección de la salud de la población en Chile, independiente de su edad, género, raza o estatus migratorio.

Este libro intenta ser un aporte al conocimiento disponible en nuestro país en la actualidad, y co-construir, junto con los principales actores en la temática migratoria y su relación con salud, los lineamientos y recomendaciones urgentes a instalar en políticas y prácticas en esta materia, con perspectiva de derecho, equidad, inclusión, determinación social, y participación social en salud.

4. Conceptos esenciales

Existe hoy en Chile la necesidad de definir cómo abordar la salud de la población migrante internacional. Esto es, desde qué paradigma o perspectiva se debe avanzar en la temática de salud migratoria, perspectiva que determina la manera de realizar diagnósticos, propuestas de intervención, seguimiento y monitoreo, e incluso determina cómo se evalúa el éxito o fracaso del país en la protección y mejoramiento continuo de la salud de la población migrante internacional en Chile. Algunos enfoques posibles, y más clásicos, son por ejemplo: desde el de interculturalidad (que en Chile considera esencialmente salud de pueblos originarios), el de determinación social de la salud, el de salud familiar, el de ciclo vital, entre otros. Estos enfoques no son antagónicos entre sí, y pueden combinarse en la práctica, pero ciertamente la selección de uno sobre otro tendrá impacto en el diseño, implementación y evaluación de la política de salud de migrantes en Chile.

Además de propuestas teóricas, es necesario dar cuenta de lo que propone la evidencia científica. El Programa de Estudios Sociales en Salud (UDD) ha investigado en la salud de población migrante internacional en Chile desde el 2008. Ha desarrollado estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, que han permitido desarrollar algunas conclusiones en esta materia, a saber:

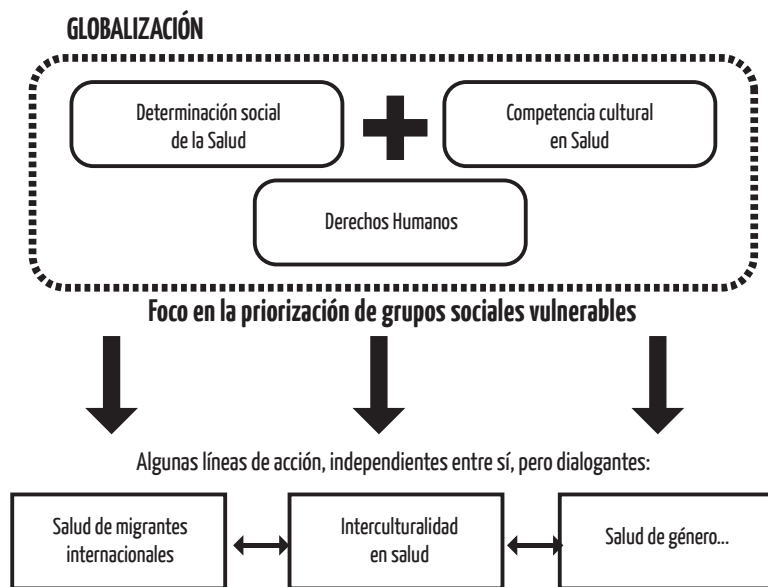
- 1) La población migrante internacional es altamente heterogénea en país de origen, razones para migrar, condiciones socioeconómicas, y problemas de salud (47, 48).
- 2) Una proporción baja, y en descenso entre 2011 y 2013, de la población migrante se auto-reporta como perteneciente a algún pueblo originario (6% el 2011 y 5,4% el 2013 según CASEN; versus 8,1% 2011 y 9,2% 2013 en población chilena según CASEN).
- 3) Existe un grupo de migrantes internacionales que no tienen ninguna previsión de salud en Chile y son de urgente atención, en especial el grupo de 0-14 años (8% en población general migrante según CASEN 2013) (30).
- 4) Las principales causas de egresos hospitalarios en migrantes son parto, causas externas/accidentes, tumores y problemas del sistema digestivo (49).
- 5) Las necesidades de salud percibidas por parte de migrantes son diversas y varían según condiciones de proceso migratorio y de residencia en Chile (7, 50).
- 6) El efecto del migrante sano (población migrante en promedio con menor auto-reporte de problemas de salud que la población local chilena) desaparece en migrantes de nivel socioeconómico bajo, que llevan más de 20 años en Chile, y de algunos países de origen específicos (Bolivia, Ecuador, etc. según la condición de salud estudiada) (29).
- 7) Existe un grupo de migrantes internacionales que, de manera consistente a lo largo del tiempo, prefiere no reportar su estatus migratorio en encuestas poblacionales (CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013). Este grupo reporta nivel socioeconómico bajo, alta proporción de población infantil y puede representar a migrantes en situación irregular (32).

A la luz de esta evidencia, es posible priorizar algunos enfoques o perspectivas para abordar la salud de migrantes internacionales en Chile por encima de otros. En particular, tres ideas son centrales para esta decisión: (i) la amplia diversidad socio-demográfica que caracteriza a la población migrante, a excepción de la pertenencia étnica que es relativamente baja; (ii) la centralidad de la experiencia migratoria y condiciones de vida en Chile como determinantes de la salud de esta población; y (iii) la vulneración de derechos humanos en algunos grupos de migrantes internacionales, incluyendo el derecho a protección social en salud.

Con lo anterior en mente, y desde un marco general de **Globalización**, la evidencia propone que las perspectivas que se consideren en nuestro país prioricen son la de **Determinación Social de la Salud, Competencia Cultural en Salud y Derechos Humanos**. Un diagrama que sintetiza estos conceptos se presenta en la Figura 1. El enfoque de determinación social propone que las condiciones de vida y trabajo (incluyendo el proceso migratorio si se desea incorporar) a lo largo de la vida es el principal factor que define la salud de las poblaciones. El enfoque de competencia cultural en salud propone que son los trabajadores de salud quienes deben adaptarse en cada momento a las creencias, experiencias y necesidades específicas de cada persona humana, de tal forma de alcanzar interacciones exitosas que logren incrementar el bienestar, la satisfacción y la adherencia a estrategias de prevención y tratamiento de salud. Este enfoque es, desde su concepción, más amplio que otros. En especial, permite incorporar visiones adicionales a algunas de desarrollo histórico en Chile, como lo es por ejemplo el enfoque de interculturalidad en salud que, por importantes razones, se ha dedicado a trabajar en salud de pueblos originarios. Finalmente, el enfoque de derechos humanos es un mínimo a instalar en temática migratoria, dada la amplia evidencia actual de la brutal forma en cómo se vulneran derechos en algunos grupos de migrantes, en Chile por ejemplo en el caso de niños, personas de color, personas de países de origen que son habitualmente discriminados, entre otros.

Figura 1

Diagrama de representación de conceptos fundamentales en el abordaje de la migración internacional como determinante social de la salud



Fuente: elaborado por las autoras.

En el Cuadro 1 se presentan y definen los conceptos esenciales que delinear el trabajo de este libro dedicado a la migración internacional como determinante social de la salud en Chile, que es el foco de este libro:

- Derechos humanos,
- Determinantes sociales de la salud,
- Identidad y diversidad cultural,
- Competencia cultural en salud,
- Inclusión social,
- Participación social y Salud en todas las políticas.

Cuadro 1

Conceptos esenciales de este libro

- **Derechos humanos:** Según la definición multidimensional de derechos humanos de Del Toro (51) existen "Tres formas de comprender los derechos humanos: como (i) un referente normativo compuesto de normas o leyes que a través de tratados, pactos, convenciones y las constituciones de cada país reconocen los derechos humanos; (ii) un referente ético, que se compone de las disposiciones que orientan las relaciones y la convivencia entre las personas desde un marco de valoración y respeto al otro/a, y (iii) como un referente utópico, que nos permite tomar conciencia de los desarrollos que ha habido en materia de derechos humanos y de los desafíos pendientes, que nos llevan a establecer un ideal común y a organizarnos políticamente junto a otros/as para avanzar en la amplitud y profundidad de los derechos." OMS afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano" (52). El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las **libertades** se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Los **derechos** incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

- **Determinantes sociales de la salud:** Son determinantes sociales de la salud todas aquellas condiciones sociales en las cuales las personas, familias y comunidades viven y trabajan y que afectan su salud. El *Modelo de Determinantes Sociales de la Salud* fue creado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) y reúne los siguientes objetivos: (i) aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en la salud; (ii) establecer las formas en que diferentes factores determinantes se relacionan; (iii) establecer un marco para evaluar la importancia de cada una de ellas; y (iv) generar un mapa identificando claramente los lugares y niveles de acción e intervención en una población. Dos conceptos relevantes asociados son: desigualdad social en salud e inequidad social en salud (53). **Desigualdad social en salud** se define como diferencias sistemáticas y estructurales entre y dentro de grupos sociales que cuentan con algún grado de jerarquía o estructura social vertical. **Inequidad social en salud** se define como desigualdades sociales que se consideran injustas, prevenibles y modificables.
- **Identidad y diversidad cultural:** La **cultura** hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, las creencias, los valores, las costumbres y los estilos de vida y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones. Esos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura y es un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica global. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en la salud y en la enfermedad. **Identidad cultural** es un conjunto de valores, orgullos, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante. Según Fisher, la identidad cultural es el sentido de pertenencia a un determinado grupo social y es un criterio para diferenciarse de otros. **Diversidad cultural** es entendida como la variedad de diferentes culturas dentro de un grupo de personas o una sociedad. Este tipo de diversidad se refleja, por ejemplo, en la existencia de diversos grupos étnicos en una determinada área. Sobre la **interculturalidad en salud**, Ibacache (54) sostiene que es la capacidad de actuar en equilibrio entre el conocimiento, las creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad. La enfermedad es una experiencia particular de cada cultura. Por tanto, lo que se percibe como salud/enfermedad está determinado por cada cultura específica.
- **Competencia cultural en salud:** Se ha definido como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales (55). El **Panel de Expertos en Competencia Cultural** de la Asociación Americana de Enfermería (56) generó en consenso una definición de competencia cultural: *“es tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer”*.
- **Inclusión social:** La inclusión social significa integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento. El concepto de inclusión social, junto con el de exclusión social y cohesión social, son ampliamente utilizados en múltiples países para el desarrollo de políticas públicas en favor del bienestar general y salud de la población. Como opuesto de la exclusión social, la inclusión social considera la realización de acciones positivas concretas que buscan integrar a todos los actores y miembros de una sociedad (57).

5. Preguntas regidoras, metodología de trabajo y actores de este libro

Este libro surge en el seno del Programa de Estudios Sociales en Salud de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Este equipo tiene como misión contribuir a comprender los mecanismos sociales involucrados en procesos de salud y a transformar dicho conocimiento en acciones que aumenten el bienestar y la equidad en salud a nivel local en Chile y Latinoamérica. Una de sus líneas de investigación corresponde a la salud de migrantes internacionales, temática sobre la cual algunos de sus miembros investigan desde hace casi una década. Durante este tiempo, se han desarrollado múltiples estudios y se ha generado un valioso cuerpo de evidencia científica en torno a la temática migratoria y su relación con salud. Dentro de este espacio se inserta este libro como oportunidad de actualizar la evidencia existente en Chile en esta materia, desarrollar espacios de intercambio con actores sociales clave en migración internacional en Chile y la región, y desarrollar recomendaciones para políticas públicas y de salud para nuestro país que sean centradas en derechos humanos, determinación social de la salud, competencia cultural, inclusión y participación social en salud. En este sentido destaca el **Proyecto Fondecyt 11130042** (2014-2017), que es la fuente principal de financiamiento y desarrollo de los capítulos de las secciones II y III de este libro. Las secciones I y IV surgen de colaboración con los principales organismos dedicados a la temática migratoria en Chile, y de quienes estamos profundamente agradecidos.

Se espera que este libro en su conjunto, y cada uno de sus capítulos en forma individual, logren instalar una reflexión sobre la compleja relación entre migración internacional y salud. Los editores anhelamos buscar abrir el diálogo entre diversos actores sociales y, a la vez, atender con urgencia como sociedad respecto a la manera en que los procesos de salud y enfermedad están afectando a las personas y familias migrantes internacionales en nuestro país. Las editoras iniciamos la redacción de este libro, y el posterior contacto de instituciones clave que aportasen al mismo, a partir de las siguientes preguntas regidoras:

- 1) ¿Cuál es el marco conceptual y normativo que existe hoy en la región y en Chile sobre la migración internacional y su relación con salud?
- 2) ¿Cuál es el estado de salud, acceso a salud y uso de servicios por parte de migrantes internacional en Chile y cómo se compara con la población local, de acuerdo a la información cuantitativa y cualitativa disponible?
- 3) A partir de la evidencia disponible, ¿Qué propuestas concretas de recomendaciones para políticas públicas se pueden delinear, en coherencia con los conceptos esenciales de este libro y de las miradas que hoy existen entre organismos que trabajan en esta materia en nuestro país?

Para amplia participación de organismos expertos en la temática migratoria, se hizo una invitación amplia a diversos actores clave. Nos sentimos muy agradecidos y honrados del valioso aporte que estas instituciones aceptaron entregar en este libro. Finalmente el libro contó con la participación de 17 instituciones del país, y un total de 35 autores. Destacamos, de entre todos ellos, la participación de algunas instituciones dedicadas a la materia de migración internacional: (i) Organización Internacional para las Migraciones, OIM; (ii) Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, DEM; (iii) Servicio Jesuita de Migrantes, SJM; (iv) Instituto Católico Chileno de Migración, INCAMI. También destacamos la participación del Ministerio de Salud, tres municipalidades de la región metropolitana, un servicio de salud, un hospital, y cinco universidades.

6. Estructura general del libro

Este libro está organizado en cuatro secciones. La primera sección se titula "*La migración internacional como fenómeno global y local*". El propósito de esta sección es dar a conocer un marco normativo y regulatorio amplio y fundamental de la migración internacional. Esta sección sirve de marco de referencia respecto de lo que las declaraciones internacionales, los derechos humanos, e incluso la historia de Chile nos enseñan sobre la migración internacional y su relación con el bienestar y salud de la población que reside en territorio chileno. En esta sección se presentan cinco capítulos inéditos de los principales organismos internacionales y nacionales dedicados al estudio, monitoreo y apoyo a migrantes internacionales en Chile.

La segunda sección de este libro se titula "*La salud de migrantes internacionales en Chile: evidencia nacional*". El propósito de esta sección es dar a conocer los resultados de estudios sobre salud de migrantes internacionales en Chile, la mayoría de ellos de base poblacional, así como también dar a conocer algunas intervenciones innovadoras desde el sistema de salud para migrantes internacionales de base nacional y local. Incluye el análisis de algunas bases de datos disponibles en la actualidad en el país, tales como Censo, CASEN, y egresos hospitalarios. Esta sección es una puesta al día sobre la evidencia científica disponible sobre salud de migrantes en nuestro país y lo logra a través de siete capítulos inéditos en esta temática.

La tercera sección se titula "*La migración internacional en Chile en comunas seleccionadas del país*". Considera la descripción detallada de nueve comunas con alta densidad relativa de migrantes internacionales en nuestro país, cuatro en zona norte y cinco en región metropolitana. La mayoría de los capítulos de esta sección, exceptuando la comuna de Quilicura, se redactaron a partir del levantamiento cualitativo del proyecto de investigación Fondecyt 11130042. Finalmente, la cuarta y última sección de este capítulo se titula "*Discusión y conclusiones*" e incluye solo dos capítulos. El primero, una síntesis de la evidencia entregada en este libro y una discusión breve de los principales aportes de este manuscrito al conocimiento actual. El último capítulo de recomendaciones se dedica a sintetizar las principales recomendaciones que emergen de este libro, por medio de un resumen de lo que cada autor aportó en este aspecto en cada uno de los capítulos, así como también complementar este resumen con recomendaciones adicionales que surgieron de una Mesa de Trabajo en la que participaron diversos organismos dedicados a la temática migratoria en Chile.

7. Referencias

1. Vásquez R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? Rev chil pediatr 2009;80(2):161-7.
2. United Nations. Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
3. Nelson S. Global trends, local impact: the new era of skilled worker migration and the implications for nursing mobility. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2013;26 Spec No 2013:84-8. Epub 2014/05/28.
4. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.
5. United Nations. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003. Available from: www.un.org.
6. Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. World Hosp Health Serv. 2010;46(3):5-7. Epub 2010/12/16.
7. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? International journal of environmental research and public health. 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.
8. Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. Ethnicity & health. 2004;9:593-54.
9. Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo -The Oslo Health Study. Osteoporos Int. 2005;16(6):623-30. Epub 2004/09/15.

10. Azerkan F, Zendejdel K, Tillgren P, Faxelid E, Sparen P. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2008;123(11):2664-70. Epub 2008/09/05.
11. Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer*. 2009;45(1):107-18. Epub 2008/10/03.
12. Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICTU/ORIT [Internet]. 2002 9th February 2011. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/129.pdf>.
13. Albala C, Vio F. Epidemiological transition in Latin America: The case of Chile. *Public health*. 1995;109(6):431-42.
14. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org.; 1991.
15. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2008;179(12):1289-92. Epub 2008/12/03.
16. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2161-70. Epub 2010/12/08.
17. OECD. Chile - Economic forecast summary (June 2015). OECD; 2015 [cited 2015 24th July]; Available from: <http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm>.
18. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago Chile: INE, 2013.
19. Agencia Central de Inteligencia. Life expectancy at birth (Years). 2012.
20. Instituto Nacional de Estadísticas. Demografía - 80- ¿Cuál es la esperanza de vida al nacer? Santiago Chile: 2014.
21. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de demografía y estadísticas vitales. Santiago Chile: INE; Available from: www.ine.cl.
22. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural: 1990-2020. Santiago Chile: 2012.
23. Morales ME. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario - El cambio demográfico en Chile. Universidad de Chile. Santiago Chile 2009.
24. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *J Med Ethics*. 2008;34(9):e13. Epub 2008/09/02.
25. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. *Cadernos de saude publica*. 2002;18(4):1053-66. Epub 2002/07/16. Desigualdades en la provision de asistencia medica en el sector publico de salud en Chile.
26. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2002;11(5-6):374-85. Epub 2002/08/07. Informacion para la equidad en salud en Chile.
27. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PLoS one*. 2014;9(8):e105347. Epub 2014/08/21.
28. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2013;34(1):68-74. Epub 2013/09/06.
29. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista medica de Chile*. 2013;141(10):1255-65. Epub 2014/02/14.
30. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012;11:68. Epub 2012/11/20.
31. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(2):161-7. Epub 2012/10/27.
32. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health*. 2012;12:1013. Epub 2012/11/23.
33. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago, 2010.
34. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.
35. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Revista Chilena de Pediatría*. 2009;80:161-7.
36. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Rev Chilena de Pediatría*. 2012;83(4):366-70.
37. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. 2009.
38. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.
39. IOM, UNICEF, ACNUR. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. : 2012.
40. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2008;12:37-41.
41. Chile (PdUd). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile: 2008.
42. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies, Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. *Revista Salud y Sociedad*. 2010;1:51-70.
43. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en población inmigrante en la comuna de Independencia 2008 March 2011. Available from: <http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716>.
44. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zolkowicz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and child health journal*. 2013;17(2):292-8. Epub 2012/03/09.
45. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Soc Sci Med*. 2010;70(2):329-36. Epub 2009/11/07.
46. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Pan American Journal of Public Health* 2013;(under review).
47. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Santiago: UDD; 2016.
48. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE. Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. *International Migration Review*. 2015;52(3):303-20.
49. Oyarte M, Cabieses B, Delgado I. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. In: Cabieses B, Bernaldes M, MacIntyre A, editors. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago Chile: Universidad del Desarrollo; 2017 (in press).
50. Bernaldes M, Cabieses B, MacIntyre A, Chepo M. POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL EN CHILE: DESAFÍOS PENDIENTES EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORES DE SALUD PRIMARIA. 2016.
51. Del Toro Huerta M. Retos de la aplicación judicial en México conforme a los tratados de derecho internacional de los derechos humanos. Universidad Autónoma de México, 2005.
52. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos OMS; 2015 [01 agosto 2016]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
53. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: 2008.
54. J. I. LA SALUD, EL DESARROLLO Y LA EQUIDAD EN UN CONTEXTO INTERCULTURAL. Chile: Servicio de Salud Araucanía Sur, 1997.
55. Campinha-Bacote J, D. C-B. A Framework for Providing Culturally Competent Health Care Services in Managed Care Organizations. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999;10(4):290-1.
56. Giger J, Davidizar R, Purnell L, Taylor Harden J, Phillips J, O. S. American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minority and other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007;18(2):95-102.
57. The Charity Commission. The promotion of social inclusion. UK: UK Government, 2001.
58. Mendez C, Vanegas J. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010;27(2):144-8.
59. Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, Zapata Bermúdez H, M. G. 2005;79: Umc. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. *Rev Esp Salud Publica* 2005;79:697-707.
60. Ollila E, Baum F, Peña S. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wisnar M, Cooks, editors. Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.

8. Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro de red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.
Email: bcabieses@udd.cl

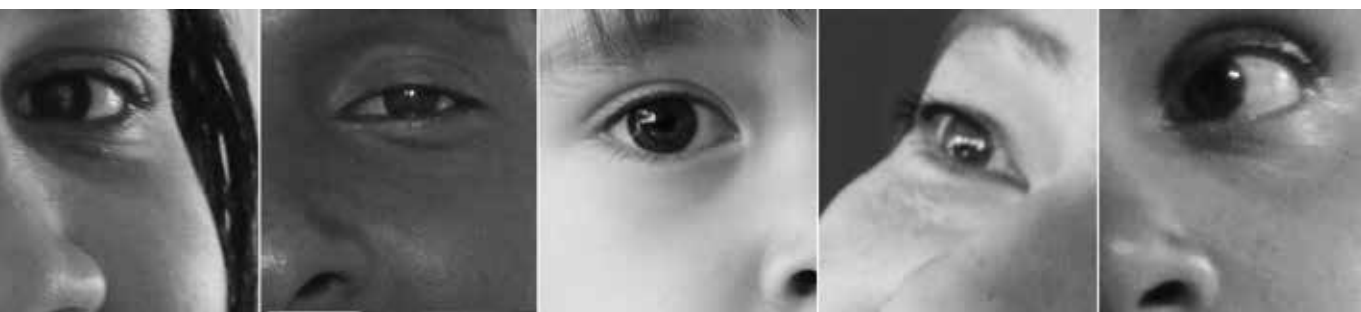
Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.
Email: margaritabernales@udd.cl

Ana María McIntyre, MSc

Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.
Email: ammcintyre@udd.cl

Sección I
La migración como fenómeno global y local



Introducción a Sección I

Báltica Cabieses, PhD

1. Contextualización

La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014 (más de 441.000 personas según datos recientes del Departamento de Extranjería y Migración). Esta corresponde a la tasa de inmigrantes más alta observada desde 1950 en Chile. Entre 2002 y 2014 la tasa de crecimiento medio anual de la inmigración ha sido de 13,2% mientras que el de la población total residente en Chile de 1,5% anual.

Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional. El país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de protección de grupos de migrantes internacionales en nuestro país.

2. Descripción de esta sección

El propósito de esta sección es dar a conocer un marco normativo y regulatorio amplio y fundamental de la migración internacional. Esta sección sirve de marco de referencia respecto de lo que las declaraciones internacionales, los derechos humanos, e incluso la historia de Chile nos enseñan sobre la migración internacional y su relación con el bienestar y salud de la población que reside en territorio chileno. En esta sección se presentan cinco capítulos inéditos de los principales organismos internacionales y nacionales dedicados al estudio, monitoreo y apoyo a migrantes internacionales en Chile.

El primer capítulo (capítulo 2) de esta sección provee una base conceptual que facilita el análisis del contexto migratorio basado en el enfoque integral de los determinantes sociales de la salud. Resalta los beneficios de la migración y los esfuerzos que deben desarrollarse para garantizar políticas inclusivas e integrales hacia las poblaciones migrantes y aporta un perfil de los riesgos y vulnerabilidades asociadas al ciclo migratorio. Este capítulo fue redactado por la Oficial Regional de Salud y Migración para las Américas de la Organización Internacional para las Migraciones.

El segundo capítulo (capítulo 3) desarrolla una detallada argumentación en torno a la centralidad de la cohesión social como concepto ancla de cualquier política migratoria. En este sentido, se propone que la cohesión social otorga desafíos tanto para los migrantes, como para las sociedades de origen, siendo esta última la responsable de construir espacios de interacción positiva que permitan generar un sentido de pertenencia por parte de los inmigrantes. Tal y como el autor afirma, en la medida que los inmigrantes se sientan parte de la sociedad chilena estaremos progresando en la cohesión social, y construyendo una sociedad solidaria que logra constituirse bajo la percepción de un "nosotros", donde todos son parte. Este capítulo fue redactado por el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

El tercer capítulo (capítulo 4) se dedica a describir avances y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud en Chile. El capítulo se desarrolla desde un enfoque de exclusión social, entendido como aquellos procesos dinámicos y reversibles de negación del otro, como un otro no válido, que propician su aislamiento, su rechazo, su no participación y su declinación bajo los niveles de subsistencia socialmente aceptables. Los autores además declaran que el derecho a la salud es una de las principales preocupaciones de las personas migrantes, ya que en Chile no existe acceso universal a la salud. Este capítulo fue redactado por el Servicio Jesuita a Migrantes.

El cuarto capítulo (capítulo 5) describe la migración internacional de carácter laboral en Chile y sus efectos en salud. El capítulo detalla el desarrollo

histórico de la migración en Chile, sus principales alcances legales y sus consecuencias en el marco normativo que hoy existe en esta materia. Al mismo tiempo, se discute críticamente que, si bien hay normativas que reglamentan el acceso a la salud para personas migrantes, la información no siempre llega a las personas que atienden a los migrantes en los servicios públicos de salud, por consiguiente buscamos relevar el hecho puntual de la falta de cobertura en salud para los migrantes hasta el momento de la tramitación de su visa. Este es un periodo que podría oscilar entre los dos meses y los 4 meses, vulnerando aún los derechos de las personas migrantes. El capítulo fue redactado por el Instituto Católico Chileno de Migración.

El quinto y último capítulo de esta sección (capítulo 6) describe y discute los diversos modelos de gestión comunal que hoy existen en Chile y sus implicancias en cuanto al abordaje de la población migrante internacional en este escenario local. El capítulo detalla las preferencias de asentamiento de los distintos colectivos migrantes en términos de elección de comunas y argumenta cómo los distintos tipos de gestión comunal podrán llevar, en el mejor de los casos, a la integración y, en el peor de los casos, a la marginación de la población migrante. Al mismo tiempo, propone que los municipios adopten estrategias de trabajo con población migrantes que contemplen a la comunidad de nacionales para poder generar procesos de integración social. Este capítulo fue redactado por el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

3. Estructura de Capítulos

Los capítulos siguen una estructura común, compuesta por medio de las siguientes secciones:

- Cuadro resumen
- Antecedentes
- Propósito
- Cuerpo del capítulo
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Referencias
- Acerca de los autores



CESFAM
C. AGUIRRE

Capítulo 2

La Migración como Determinante Social de la Salud



Carlos Van der Laet, MD, MSc
Oficial Regional de Salud y Migración para las
Américas, Organización Internacional para las
Migraciones¹

¹ La Organización Internacional para las Migraciones es una organización inter gubernamental establecida en 1951, consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a las personas migrantes y a la sociedad. Por medio de la División de Salud y Migración, la OIM promueve y apoya programas de salud integrales, preventivos y curativos que sean inclusivos, accesibles y equitativos para las personas migrantes y poblaciones móviles en condiciones de vulnerabilidad. Encarando las necesidades de las personas migrantes y las de los Estados Miembro, se contribuye al bienestar físico, mental y social de quienes migran, permitiendo su inclusión en las comunidades de destino para mantener los beneficios sociales y desarrollo económico propio de la migración.

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Migración es parte vital para el desarrollo económico, social y cultural de la región.
- La migración es un determinante social de la salud.
- Las poblaciones migrantes son vulnerables a la inequidad en salud.
- La migración por sí misma no es un riesgo para la salud, pero las condiciones en que se migra generan vulnerabilidad a la salud.
- El perfil del migrante es joven y saludable y son las condiciones adversas del medio las que aumentan la vulnerabilidad y riesgo para la salud.
- El abordaje debe ser integral, multisectorial y multinacional.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Presenta una base conceptual que facilita el análisis del contexto migratorio basado en el enfoque integral de los determinantes sociales de la salud.
- Resalta los beneficios de la migración y los esfuerzos que deben desarrollarse para garantizar políticas inclusivas e integrales hacia las poblaciones migrantes.
- Aporta un perfil de los riesgos y vulnerabilidades asociadas al ciclo migratorio.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existe limitada articulación multisectorial y multinacional.
- La migración es vista como un riesgo, basándose en mitos y generando estigmatización.
- El acceso a servicios es limitado por las múltiples barreras estructurales y sociales existentes.
- Población migrante es víctima de niveles altos de estigma y discriminación.

d) Palabras clave: Determinantes de la Salud, Ciclo de la Migración, Vulnerabilidad asociada a la migración, Inclusión y equidad, Respuesta Multisectorial y Multinacional.

2. Antecedentes

El Continente Americano es una de las regiones del mundo con mayor movilidad humana. Centro América y México son considerados uno de los mayores corredores migratorios del mundo, con poblaciones que migran por múltiples razones, en diversas modalidades y mediante variadas condiciones, muchas veces de alto riesgo y vulnerabilidad (1). En Sudamérica también se presentan movimientos migratorios muy cuantiosos, con amplia migración intra-regional y extra-continental, en ocasiones utilizando vías irregulares y asumiendo condiciones de mayor riesgo (2). Esta variedad de condiciones en las que se realiza la migración, puede generar mayor vulnerabilidad para la salud y el bienestar físico y psicológico de las poblaciones migrantes y sus familiares. La migración, considerada un determinante social de la salud, debe analizarse según los contextos y condiciones que se generan en cada etapa del ciclo migratorio.

“Los migrantes y poblaciones móviles que gozan de un bienestar físico, mental y social adecuado, están en condiciones de contribuir notablemente al desarrollo socioeconómico de las comunidades de origen y de acogida.”

OIM, 2010

Las políticas, programas y servicios que se generen, deben de abordarse desde los determinantes sociales de la salud, adecuando toda acción a las necesidades específicas y variables socioculturales y de comportamiento del grupo de población. El abordaje desde los determinantes de la salud, facilita también una mayor inclusión de la población mediante su participación activa en los procesos y acciones, mejorando los espacios de interacción con los proveedores de servicios y comunidades vinculadas en todo el proceso migratorio.

3. Propósito

En este capítulo abordaremos el tema de la salud de las personas migrantes, desde el enfoque integral y contextualizado de los determinantes sociales de la salud. Analizaremos el ciclo de la migración, considerando que en cada etapa, los elementos determinantes de la salud se modifican, generando en ocasiones, condiciones de mayor vulnerabilidad para las poblaciones móviles y migrantes. Si bien, el enfoque se realiza hacia las poblaciones migrantes, también incluimos en el análisis a las familias que quedan atrás y a las comunidades vinculadas al proceso migratorio, siendo la migración para ellos, también determinante de su salud. Finalmente analizaremos los principales retos de la región frente a esta realidad que requiere un abordaje integral y multisectorial. Este capítulo servirá de introducción y base conceptual para el desarrollo de los siguientes temas abordados en esta publicación.

4. Migración creciente, inevitable, beneficiosa y humana

La migración es un fenómeno creciente en todo el mundo. La globalización, como proceso económico, tecnológico, social y cultural, donde se facilita la comunicación y los mercados entre países, también favorece la movilidad humana y trae transformaciones profundas hacia sociedades más transculturales y multiétnicas. (5) También los resultados de cambios demográficos, la inequidad y desigualdad, la pobreza, el desempleo en algunos países y la alta demanda laboral en otros, los conflictos y desastres, el cambio climático, violencia social y déficit de garantías por parte de los gobiernos, entre muchas otras condiciones, favorecen condiciones en donde los movimientos humanos en gran escala son inevitables (4).

De igual forma, es reconocido que la migración es un componente fundamental para el crecimiento sostenible del desarrollo local, nacional, regional y global, tanto para los individuos como para toda la sociedad. Mediante el aumento de fuerza laboral, mayor consumo y dinamización de los mercados, intercambio de conocimientos y enriquecimiento cultural entre muchos otros beneficios, el proceso migratorio brinda grandes aportes y desarrollo a los países de origen, tránsito y destino, influyendo positivamente en aspectos económicos, sociales y culturales (4).

Desde la perspectiva de la salud, una migración realizada de forma ordenada, contando con condiciones básicas y la adecuada regularización del estatus migratorio, puede resultar en mejores condiciones socio ambientales, mayor acceso a servicios y mejores condiciones de salud (4). También puede traer grandes beneficios a las familias que quedan atrás, quienes a través de las remesas mejoran condiciones socio-ambientales y cuentan con mayor acceso a servicios básicos, incluyendo facilidades para su aseguramiento y acceso a servicios de salud privados. De esta forma, **la migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud**, siendo las condiciones encontradas durante el proceso migratorio, las que pueden exponer a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural.

Continuando en esta línea de análisis, resulta de gran beneficio el facilitar condiciones de mayor inclusión que generen el acceso de las poblaciones migrantes a servicios de salud y apoyo social de calidad. Contar con población migrante saludable genera mayor productividad e ingresos para los países receptores, garantiza los beneficios de la migración y evita una mayor carga a los sistemas de salud, atendiendo desde la prevención y la atención temprana. También favorece el envío de remesas que mejorarán las condiciones generales en las comunidades de origen.

Por ello, deben realizarse esfuerzos en esferas sociales, económicas y culturales para generar condiciones de mayor inclusión de estos grupos, para que mediante formas seguras, con regularización migratoria y de forma ordenada, se puedan aprovechar los enormes beneficios de la migración a la sociedad, mitigando la incidencia e impacto negativo que también puede provocar un proceso de migración sin las condiciones básicas, manteniendo barreras y riesgos.

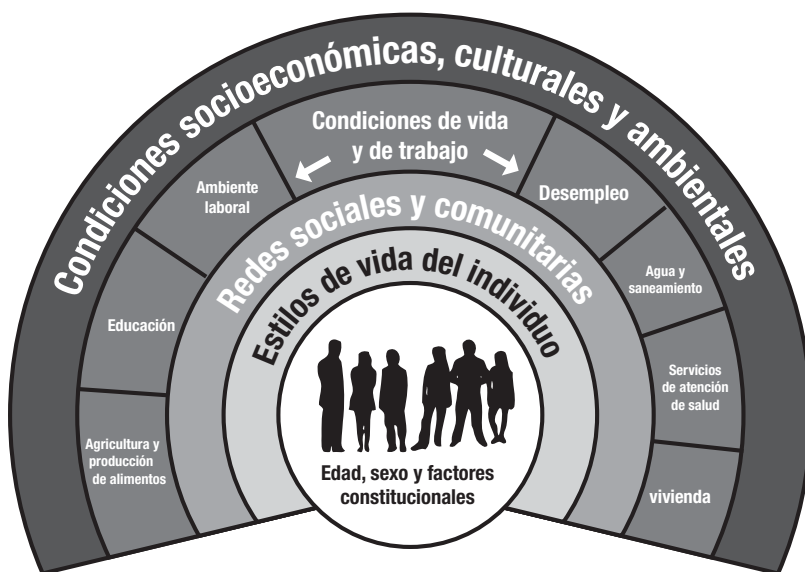
Es importante reconocer el contexto de la migración en la región y en Chile, siendo parte fundamental de la sociedad de hoy en día y con cantidades de población muy cuantiosas y contextos, necesidades y prioridades muy diversas. Es una necesidad real y urgente el promover y proteger la salud de las personas migrantes, beneficiando así la salud de las comunidades de destino, tránsito y origen y de la sociedad en general.

5. Migración como determinante social de la salud

Existe consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico y cambiante que va más allá de la variable biológica e incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo ambiental. Estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben. Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas, afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud (6). Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud.

Figura 1

Modelo de determinantes sociales de la salud



Fuente: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005 (10).

Basado en el perfil del migrante de la región, se registra que en su mayoría, quienes migran son personas jóvenes y saludables (7). Sin embargo, lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario, y en ocasiones dado a condiciones impuestas desde las comunidades de destino, las personas migrantes suelen cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas, asumen nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, pueden ser más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufren cambios alimentarios y se ven obligados a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros. Aunado a esto, encontramos el limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población. También, en algunos casos, hay desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, maximizando el miedo a las autoridades, patronos y sociedad en general, y permitiendo así explotación y discriminación. Por otro lado, personas migrantes también son víctimas de robos, asaltos, violaciones sexuales, mutilaciones, estafas por parte de traficantes y explotadores, que determinan la alta peligrosidad de la ruta migratoria (7).

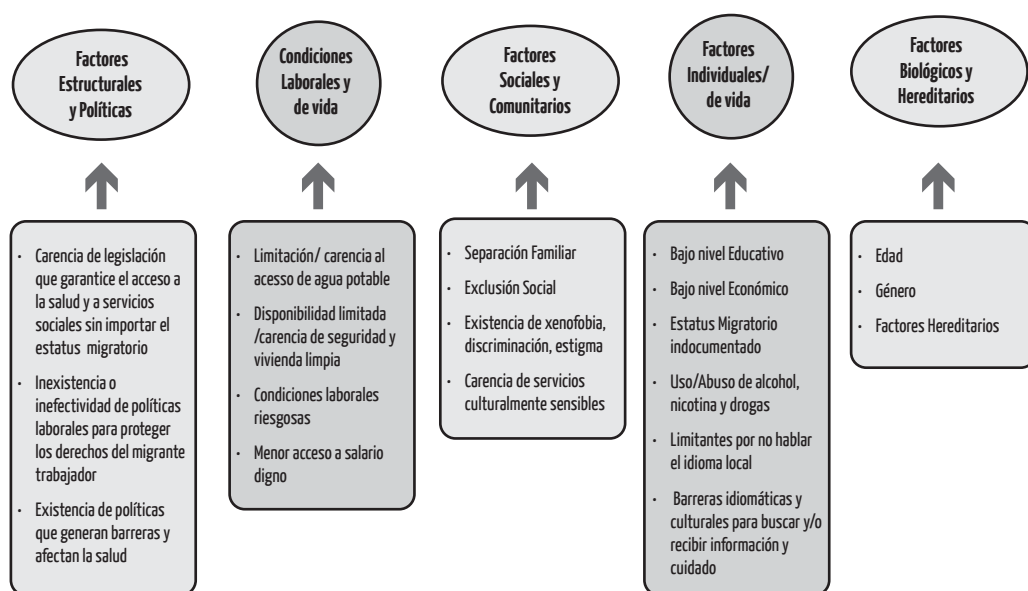
De esta forma, “la migración internacional tiene diversos efectos en las condiciones de salud de los individuos inmersos en el desplazamiento, en las familias de los migrantes, y de las poblaciones que confluyen en los contextos de origen, tránsito y destino. La movilidad poblacional no es por sí misma un factor que incremente los riesgos ante las enfermedades, son las condiciones en las que se da este proceso de migración las que sitúan a las poblaciones migrantes -principalmente las indocumentadas- en situaciones de vulnerabilidad o desprotección frente a potenciales daños a la salud y amenazan la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto a sus derechos humanos” (8).

Aunado a las enfermedades físicas, la migración tiene afecciones sobre la salud psicosocial. Tal como han afirmado Carballo y Siem: “El choque cultural que acompaña a menudo al primer contacto con un nuevo sistema sociocultural puede ser psicológicamente complejo e implicar mucho más que la simple negación de acceso a los servicios sanitarios y sociales locales” (9). La integración social es un proceso complejo, donde la migración se trata de un proceso cargado de aspectos psicológicos y psicosomáticos que permanecen poco comprendidos, y aún peor afrontados, por los países receptores (9). También, en general, se conoce poco y se tienden a desconocer los factores determinantes y efectos psicosociales en los familiares del migrante que permanecen en la comunidad de origen, así como del migrante que retorna. De esta forma, la migración como determinante social de la salud impacta en el bien-estar del individuo así como en toda la comunidad. El término “migrante” implica una categorización amplia de población, que incluye migrantes en condición irregular, refugiados, víctimas de trata, poblaciones desplazadas, retornados, trabajadores migrantes y migrantes internos (3). La Organización Internacional para las Migraciones define como migrante a cualquier persona que se mueve o que se ha movido a través de una frontera internacional o dentro de un Estado, lejos de su lugar habitual de residencia, sin importar (i) el estatuto legal de la persona; (ii) si el movimiento es voluntario o involuntario; (iii) cuáles son las causas del movimiento; o (iv) cuál es la duración de la estancia (3). Las personas migrantes pueden estar expuestas a riesgos de salud como lo son las deficiencias nutricionales, la deshidratación, la exposición a enfermedades infectocontagiosas, explotación y abuso durante el tránsito, así como a limitado o nulo acceso a servicios de salud durante el ciclo de la migración. Lamentablemente, una gran cantidad de personas migrantes se enfrentan a una combinación de barreras legales, sociales, económicas, culturales, conductuales y de comunicación durante el proceso de la migración, que aumentan los riesgos y generan consecuencias negativas al bienestar físico, mental y social de las personas. Más allá, la discriminación, el estigma, la inequidad y los sentimientos antimigración aumentan la exclusión social, que afecta también de forma muy importante la salud de las personas.

Finalmente, es importante destacar que las consecuencias no son solamente experimentadas por quienes migran, sino también por las familias que quedan atrás y las comunidades vinculadas al ciclo migratorio. Por ello, al intervenir, se sugieren acciones enfocadas hacia los “espacios de vulnerabilidad”, basado en el entendimiento de que la vulnerabilidad en salud no es únicamente individual, sino también conformada por factores propios del medio ambiente, espacios y momentos específicos en donde se suman una serie de factores y contextos que producen mayor vulnerabilidad. En estos espacios vinculados al ciclo migratorio, confluyen diversas poblaciones, con diferentes condiciones y características, siendo lugares donde la salud es más vulnerable debido a condiciones de hacinamiento, limitado acceso a agua potable, mayor conglomeración de personas, entre otros. Este tipo de espacio es común para población migrante, siendo lugares en donde la población vive, trabaja y pasa el tiempo, como pueden ser albergues, centros de detención, campamentos humanitarios, sitios de frontera, centros de reunión y transporte, centros religiosos, entre otros (4). Los programas y acciones deben ser priorizados en estos espacios de vulnerabilidad, permitiendo disminuir riesgos y articular esfuerzos para mitigar consecuencias negativas para la salud, sin crear mayor estigmatización y barreras para las personas. En todo momento del ciclo migratorio, debe de garantizarse el apoyo y tratamiento a la persona, sin importar su condición migratoria, nacionalidad, etnia o religión (Figura 2).

Figura 2

Descripción de determinantes sociales de la salud relacionados a la migración internacional



Fuente: OIM 2015(11)

6. Determinantes según el ciclo migratorio

La salud de las personas migrantes es también definida por el tipo de experiencias y situaciones que se viven desde la comunidad de origen, durante el tránsito, en destino, y al momento de retornar. El entorno político, económico y social de la comunidad de origen, además de influenciar la decisión para migrar, define algunos de los factores protectores y condiciones de riesgo a la salud desde antes de iniciar el ciclo migratorio. El trayecto migratorio en sí mismo puede afectar la salud de una forma negativa, especialmente cuando el viaje se realiza de manera clandestina. La capacidad o incapacidad de migrar a través de canales legales regulados, influencia fuertemente el impacto del trayecto. Por ello, los riesgos y vulnerabilidades asociados con la migración deben ser analizados y manejados de forma holística e integral considerando a las poblaciones en todas las etapas del proceso de la migración.

Durante la etapa de la **pre-partida**, la salud se encuentra influenciada por los determinantes de la salud propios de su comunidad de origen, delimitados por la carga de morbilidad y mortalidad propios de la zona y muy bien definida por las condiciones pre-existentes de cada individuo, llámese hipertensión arterial, historia de infarto, antecedente de varicela, como ejemplos de condiciones que cada persona pudo haber presentado en su historial médico clínico. Condiciones del medio ambiente, barreras de acceso a servicios e incluso algunas de las causas para migrar son consideradas como factores pre-existentes en cada individuo que determinan la salud física y psicológica en esta etapa previa a migrar. Debemos una vez más indicar que por lo general, la decisión de migrar se realiza cuando la persona se considera en condición física adecuada y suficientemente saludable para asumir los riesgos ya conocidos de la ruta y proceso migratorio. Por lo general, excepto en migración forzada o unificación familiar, la migración es realizada por personas jóvenes y saludables.

Al migrar, las personas llevan consigo su condición previa de salud, factores de riesgo y de protección vinculados al componente hereditario, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos personales y familiares, nivel de vacunación, epidemiología local, entre otros. También viajan con sus creencias, valores y perspectivas hacia la salud. Conocer la perspectiva y cosmovisión de cada individuo es fundamental para lograr un acercamiento adecuado y mayor efectividad en las intervenciones de salud.

Durante el **tránsito**, la vulnerabilidad aumenta significativamente según la tenencia de documentación, las condiciones de registro o irregularidad migratoria, la relación con redes de tráfico, la cantidad de personas que viajan, la cantidad de días en tránsito y finalmente las razones preponderantes en la decisión de migrar. Las políticas restrictivas de migración causan un incremento en viajes clandestinos y la utilización de medios de transporte arriesgados e irregulares, así como el pago de redes ilícitas de tráfico de personas.

Al llegar a la comunidad de **destino** las personas migrantes pueden enfrentar numerosas dificultades vinculadas al acceso a la vivienda, trabajo, cuidados a la salud y otros servicios sociales. Quedan expuestas a los determinantes sociales propios del nuevo espacio en el que se encuentran, lamentablemente en algunos casos agravado por mayores condiciones de inequidad, marginalización, xenofobia y discriminación. Esta exclusión social, agregada a las barreras culturales y de idioma es factor determinante de la salud, limita la capacidad de inserción y afecta el bienestar psicosocial de cada individuo. Otros factores estructurales que afectan el bienestar de estas poblaciones son la existencia o no de políticas claras específicas que faciliten su integración y las posibilidades de mantener comunicación con sus familiares en la comunidad de origen.

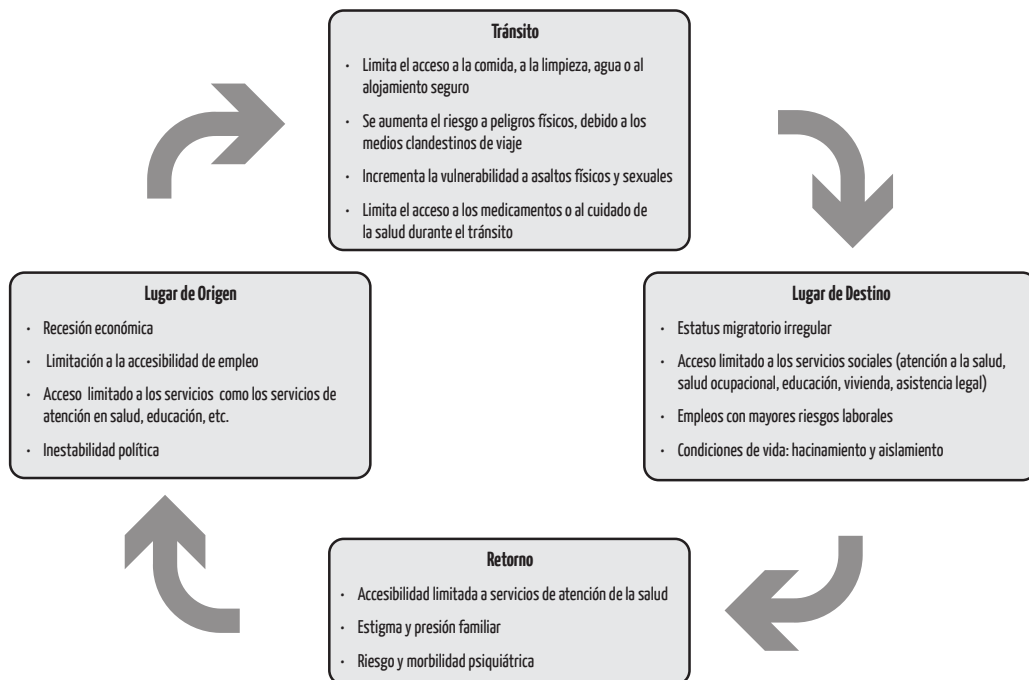
Por otro lado, en la comunidad de destino, las personas migrantes pueden vivir y trabajar en entornos que los exponen a mayores factores de riesgo, tanto a enfermedades transmisibles y no transmisibles, como a accidentes laborales. Los trabajadores migrantes no calificados con frecuencia tienen mayores riesgos a lesiones relacionadas con el trabajo o a enfermedades crónicas, a lesiones relacionadas a la ocupación y enfermedades en general. Los salarios de las personas migrantes, especialmente indocumentadas, tienden a ser más bajos que los de los contrapartes nacionales, siendo también más vulnerables a la explotación, casi siempre temiendo a la deportación si intentan alcanzar mejores condiciones laborales. Las trabajadoras domésticas y las personas que han sido víctimas de trata son más propensas o vulnerables a la explotación sexual y al abuso; las cuales sufren como resultado, secuelas o problemas de salud física y mental. Por ello, se deben buscar los canales para que en esta etapa, se faciliten acciones por parte de las autoridades para que las personas puedan realizar las gestiones necesarias para mantenerse debidamente identificadas, registradas y en condiciones de regularidad migratoria que faciliten su integración social y les proteja de condiciones de explotación.

Finalmente, al **regresar**, la salud de las personas migrantes y sus familias, se encuentra determinada por el acceso y oportunidad para obtener servicios básicos de salud, así como por las condiciones para lograr reintegrarse en la comunidad desde lo laboral, social, cultural y económico. Por lo general, la persona que retorna, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, enfrenta mayores necesidades en salud, siendo sus experiencias, exposiciones y condiciones de vida durante el ciclo migratorio determinantes para su actual condición de salud. Personas que vivieron en malas condiciones de vivienda y saneamiento, mala alimentación, grave desgaste físico por condiciones laborales extremas, y acceso limitado al cuidado de la salud, es probable que retornen a sus comunidades con menores condiciones de salud y/o con varias patologías nuevas. Cuando las personas migrantes retornan, traen consigo toda la carga de vulnerabilidad encontrada durante el ciclo migratorio, siendo también determinante de la salud para sus familiares y vecinos.

Finalmente, es importante destacar que en ocasiones, con lo años, el migrante pierde lazos afectivos familiares y comunitarios, generando posteriormente mayores dificultades de reintegración y consecuencias mayores en la salud de quien migra y su familia. Durante la ausencia se genera un cambio de roles familiares que en ocasiones es difícil de ajustar, lo que puede generar condiciones de violencia familiar y grandes dificultades para reintegrarse nuevamente en la vida familiar y comunitaria. Por ello, el abordaje de lo psicosocial es una prioridad, siendo aún más urgente cuando las causas de la migración y/o retorno son forzadas, magnificando ampliamente la vulnerabilidad y consecuencias para la salud.

Figura 3

Factores que afectan la salud de las personas migrantes durante el proceso de migración



Fuente: Adaptado de: OIM (12).

7. Retos de Salud y Migración

En el año 2008, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 61.17 de la Salud de los Migrantes que ofrece un importante marco normativo para la acción, llamando a los Estados miembros a promover políticas de salud sensibles con el contexto migratorio y el acceso equitativo a la salud. Guiados por la citada Resolución, la OIM, la OMS y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España organizaron en Madrid en 2010 una Consulta Mundial sobre la Salud de los Migrantes (4) que contó con la participación de delegados de diversos sectores gubernamentales de todo el mundo y representantes de organismos internacionales, instituciones académicas y sociedad civil, sentando las bases para un marco de aplicación. Los participantes subrayaron la importancia de la alianza multisectorial y la colaboración entre países.

De esta forma, la salud de las personas migrantes, debe ser un puente hacia el respeto de los derechos humanos, resaltando su importancia para la salud pública y fortaleciendo así aspectos de seguridad humana y desarrollo. Se debe buscar la evidencia, construir las capacidades y crear los espacios para reducir el estigma y lograr la integración de estas poblaciones maximizando su contribución al desarrollo social y económico. La riqueza de las personas en condición de pobreza, subyace en sus capacidades y recursos para ser integrados en la sociedad.

“Promover el acceso equitativo a la promoción y los cuidados de salud para los migrantes”

“A promover la cooperación bilateral y multilateral sobre la salud de los migrantes entre países involucrados en el proceso migratorio”.

Resolución: WHA 61.17 Salud de los Migrantes

Desde la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (10) realizada en Rio, Brazil en Octubre del 2011, se han sugerido cinco áreas estratégicas para la acción, que son fundamentales para la aplicación eficaz de las políticas que abordan los determinantes sociales. Utilizando este marco, la Organización Internacional para las Migraciones, ha sugerido algunas recomendaciones basadas en los cinco bloques fundamentales para el abordaje de las desigualdades de la salud.

a) **Gobernanza y estrategia según el contexto y características propias de la población**

- Utilizar un enfoque multisectorial para abordar los factores que afecten diariamente las condiciones de vida de las personas migrantes incluyendo, pero no limitado a la vivienda segura, accesibilidad al trabajo, adecuadas condiciones laborales, acceso a la educación, acceso a agua potable y a los alimentos.
- Promover políticas de salud sensibles a las personas migrantes que mejoren el acceso a los servicios sociales, independientemente de su estatus legal migratorio.
- Asegurar que las estrategias de prevención y reintegración sean adoptadas en el ámbito regional y nacional, con el fin de minimizar la exclusión social, la estigmatización, discriminación y marginalización de la población migrante.

b) **El rol del sector de la salud en reducir las desigualdades en la salud**

- Crear legislación nacional que respete los derechos a la salud de las personas migrantes y que mejore el acceso a la promoción de la salud, prevención, servicios de cuidado y de tratamiento, independientemente del estatus legal migratorio.
- Desarrollar sistemas de salud sensibles al contexto migratorio mediante políticas y estrategias enfocadas a abordar las barreras que dificultan el acceso a las personas migrantes a la salud y a los servicios sociales.
- Capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el contexto y dificultades que enfrentan las poblaciones migrantes, para mejorar así la adecuación cultural y lingüística.

c) **Promoción de la participación: liderazgo en la comunidad para la acción de los determinantes sociales**

- Facilitar la participación de personas migrantes en la prestación de servicios de salud para asegurar que los servicios sean culturalmente sensibles y adecuados.
- Asegurar que los servicios desarrollados reflejen las necesidades de la comunidad.
- Promover el empoderamiento de poblaciones migrantes mediante mayor acceso a información y la construcción de capacidades.

d) **Acción global y determinantes sociales: prioridades y alianzas con partes interesadas**

- Fortalecer las alianzas entre países, redes técnicas y marcos de trabajo de diferentes países para hacer frente a los desafíos migratorios comunes, que afectan la salud de las personas migrantes.

e) **Proceso de monitoreo: medición y análisis para fundamentar las políticas**

- Promover la recopilación de datos desagregados, que incluyan datos y resultados específicos al contexto y necesidades de la población migrante.
- Fomentar el análisis las actuales políticas y prácticas a nivel nacional y regional evaluando resultados frente a la salud de las personas migrantes.
- Mejorar a nivel nacional y regional los sistemas de información de vigilancia para que permitan la evaluación de resultados específicos al contexto migratorio y la toma de decisiones basada en evidencia.

Finalmente, es claro que la salud es un prerrequisito para la integración social, y es instrumento para evitar la marginalización y la exclusión social. En ese sentido, la salud es un contribuyente importante para la estabilidad social y el desarrollo económico de los países. Aquellas personas que se encuentran integradas y con oportunidades para trabajar y desarrollarse, contribuyen más a la sociedad que aquellas que se encuentran explotadas y socialmente excluidas.

8. Conclusiones

A modo de conclusión, se debe considerar como principio básico para facilitar un manejo integral y más humano frente a la salud de las personas migrantes, que la migración por sí misma no es un riesgo para la salud, sino son las condiciones adversas encontradas durante el ciclo migratorio las que aumentan el riesgo y vulnerabilidad. De esta forma, la migración debe ser considerada, analizada y abordada como un determinante de los determinantes sociales de la salud.

Mejorar la salud de las personas migrantes significa contribuir al crecimiento económico, la reducción de la pobreza, desarrollo social y la seguridad humana. La protección de la salud de las poblaciones migrantes depende de esfuerzos multisectoriales y multinacionales bien articulados y sensibles, generando condiciones para que se brinden servicios amigables, contextualizados, efectivos y basados en la persona misma, buscando migrantes saludables en comunidades saludables.

9. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Las principales necesidades identificadas en Chile y en gran parte de los países de la Región, deben ser abordadas de forma multisectorial, mediante acciones de integración que faciliten el reconocimiento del aporte que realizan las personas migrantes en las sociedades receptoras y de origen.

Desde lo comunitario, gran parte de la vulnerabilidad en salud es generada por niveles altos de estigma y discriminación hacia las personas migrantes. El desconocimiento frente al tema, basado generalmente en mitos sin sentido, es uno de los principales retos para Chile, siendo necesaria mayor sensibilización y acceso a información tanto de funcionarios públicos como de la ciudadanía en general. Desde lo institucional, existe todavía una gran barrera de acceso y disponibilidad de información específica sobre las poblaciones migrantes generando limitada evidencia para la toma de decisiones y la implementación de programas contextualizados y basados en las necesidades reales de la población. Se requiere un trabajo articulado de todos los actores y contrapartes, incluyendo coordinación entre sectores de la academia, sociedad civil y gobierno que permita realizar mayor investigación e implementar sistemas de información que incluyan variables migratorias y enfoques más inclusivos a la poblaciones migrantes.

Se debe generar inversión para crear servicios de salud inclusivos y universales como prioridad en las agendas y políticas de Chile y de la región. El abordaje debe ser integral, por lo que se requiere articulación multisectorial e interdisciplinaria. Finalmente, toda política y programa de salud debe ser accesible e inclusivo, sin importar condición migratoria, nacionalidad, etnia o religión.

Tabla 1

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	Múltiples barreras de acceso Niveles altos de estigma y discriminación Limitada comprensión del fenómeno migratorio y su vínculo con la salud	<ul style="list-style-type: none"> Eliminar barreras estructurales, facilitar registro y acceso a los servicios. Garantizar servicios de salud inclusivos, interculturales e integrales. Sensibilizar y capacitar al personal. Considerar los riesgos y vulnerabilidades propios del ciclo migratorio
Dimensión: Comunidad	Niveles altos de estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> Crear espacios certificados como libres de todo tipo de discriminación. Sensibilizar mediante actividades inclusivas interculturales que permitan el reconocimiento de los aportes y beneficios de la migración.
Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional	Acciones fragmentadas entre instituciones, con limitado involucramiento de sociedad civil y academia. Poca coordinación entre países Limitada acción multisectorial	<ul style="list-style-type: none"> Construcción de foros y espacios de intercambio y articulación multisectorial. Fortalecer espacios binacionales y multinacionales de diálogo en los niveles técnico y político. Mayor involucramiento de la academia en procesos de construcción de política, quienes mediante el desarrollo de evidencia, impulsen la construcción programas más focalizados y focalizados hacia las necesidades de la población migrante.
Dimensión: investigación	Limitado acceso a información y evidencia específica sobre la salud de poblaciones migrantes.	<ul style="list-style-type: none"> Inclusión de variables migratorias en los sistemas de recolección de información. Fortalecimiento de investigación en migración desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Mayor involucramiento de la academia en procesos de construcción de política, quienes mediante el desarrollo de evidencia, impulsen la construcción programas más focalizados y focalizados hacia las necesidades de la población migrante.

10. Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre Migraciones en el Mundo; 2013.
2. Organización Internacional para las Migraciones. Panorama Migratorio de América del Sur; 2012.
3. Organización Internacional para las Migraciones. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos; 2013.
4. Organización Internacional para las Migraciones. Migración y Salud para el Beneficio de Todos, MC/INF/275, adaptado de la OIM. Informe sobre las Migraciones en el Mundo, OIM, Ginebra; 2003.
5. Organización Internacional para las Migraciones. La Migración en un Mundo Globalizado, MC/INF/268; 2003.
6. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2005.
7. Organización Internacional para las Migraciones. Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las personas migrantes retornadas o en tránsito y sus familias en Centro América; 2015.
8. Bronfman, Mario y Leyva René. Migración y SIDA en México. 2008 Página 2. Tomado desde: Quintino, Frida. Desarrollo de un mapeo analítico y propositivo sobre procesos de investigación relacionados a la migración y salud sexual y reproductiva en la frontera México-Guatemala; 2009.
9. ONUSIDA. El derecho de los migrantes a la salud. Página 17; 2002.
10. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, 19 al 21 de octubre del 2011, Rio de Janeiro (Brasil).
11. Organización Internacional para las Migraciones. Hoja Informativa: Migración, Determinante Social De La Salud Para los Migrantes. Ginebra, Suiza; 2015.
12. Organización Internacional para las Migraciones Migración y Salud: Programas y perspectivas de la OIM – hacia un enfoque multisectorial. Comité Permanente de Programas y Finanzas, Segunda Reunión, SCPF/12 2008, Ginebra.

11. Acerca del autor

Carlos Van der Laet, MD, MSc

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Máster en Derechos Humanos y Educación para la Paz. Sus áreas de experiencia son salud y migración y salud intercultural. Ha trabajado para la Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica y ha sido consultor para la Organización Panamericana de Salud y UNICEF en el tema de la salud de las poblaciones indígenas, asesorando sobre servicios interculturales basados en la comunidad. Actualmente trabaja en la Organización Internacional para las Migraciones como Oficial Regional de Salud y Migración para las Américas, en su sede en Costa Rica, desde donde coordina propuestas con población migrante en condiciones de alta vulnerabilidad.
Email: cvanderlaet@iom.int



Capítulo 3

Una política migratoria para un Chile cohesionado



Rodrigo Sandoval Ducoing

Jefe Nacional Departamento de Extranjería y
Migración del Ministerio del Interior y Seguridad
Pública

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- La migración es una realidad para todos los países del mundo y Chile no es la excepción.
- Existe una leve feminización de la población extranjera y que es población joven, concentrada entre los 20 y 35 años.
- El 16% de los inmigrantes que llegan a Chile se asientan en el norte grande y el 62% en la Región Metropolitana.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- El Departamento de Extranjería y Migraciones del Ministerio del Interior y Seguridad Pública mantiene el deseo manifiesto de construir una sociedad cohesionada que incluya a la comunidad migrante.
- La cohesión social otorga desafíos tanto para los migrantes, como para las sociedades de origen, siendo esta última la responsable de construir espacios de interacción positiva que permitan generar un sentido de pertenencia por parte de los inmigrantes.
- En la medida que los inmigrantes se sientan parte de la sociedad chilena estaremos progresando en la cohesión social, y construyendo una sociedad solidaria que logra constituirse bajo la percepción de un “nosotros”, donde todos son parte.
- Desde el Departamento de Extranjería y Migración, en conjunto con diversos sectores involucrados en la temática migratoria, incluida la sociedad civil, se ha trabajado en un Anteproyecto de ley que busca dotar de una nueva legislación migratoria a Chile.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- El desafío de nuestro país es poder recibir los flujos migratorios de una forma responsable, en un contexto internacional de movilidad humana, generando respuestas serias que promuevan la defensa de los derechos de las personas migrantes, fortaleciendo una mirada inclusiva y participativa para el desarrollo de Chile, el cual se enmarca en el deseo de construir una sociedad cohesionada.
- Para esto, la tarea es de toda la sociedad, y sobre todo del Estado, quien tiene que continuar trabajando para hacer de Chile un país más rico social y culturalmente, donde los valores como el respeto y el reconocimiento por la diversidad y la multiculturalidad se encuentren y se enriquezcan mutuamente.

d) **Palabras clave:** Migración, derechos humanos, legislación migratoria, cohesión social, integración.

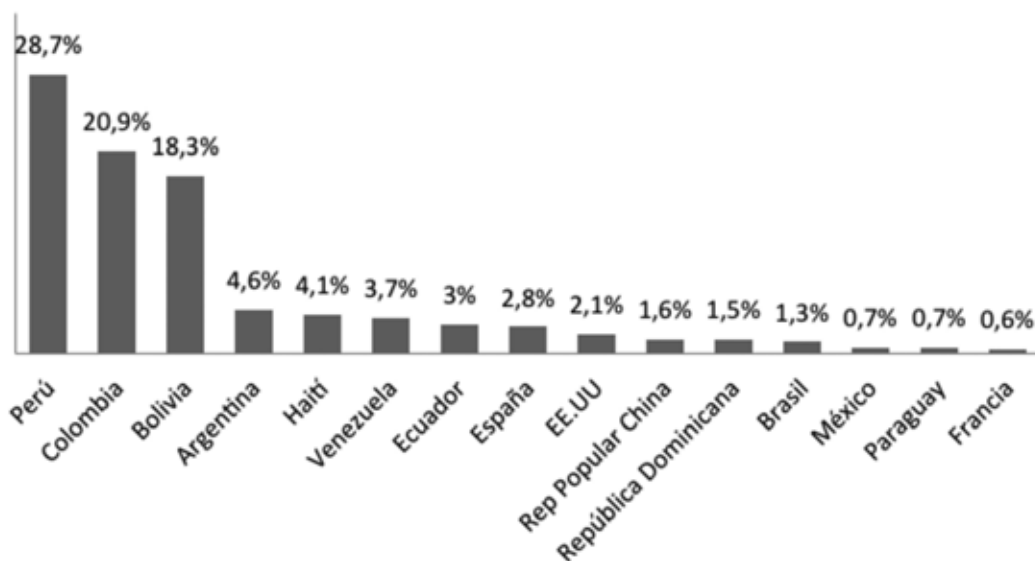
2. Antecedentes

Desde el retorno de la democracia en Chile, a inicio de los años noventa, el país ha experimentado un fuerte crecimiento de la migración internacional, conectada principalmente con el fortalecimiento de la economía, su crecimiento, estabilidad política e institucional, hechos que pueden ser considerados relevantes a la hora de emprender un proyecto migratorio.

Para el año 2014 y según las estimaciones del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio de Interior y Seguridad Pública, la población migrante en Chile alcanzaría los casi 411.000 extranjeros residentes, lo que equivale al 2.3% de la población nacional. Si analizamos la migración reciente- en base a la cantidad de visas entregadas durante 2014-2015- podemos visualizar que las principales nacionalidades que han llegado en el último tiempo a Chile son: Perú (28.7%), Colombia (20.9%) y Bolivia (18.3%), como lo ilustra la Figura 1. Además, es posible observar que existe una leve feminización de la población extranjera y que es población joven- entendiendo que el registro de la edad de la población se realiza al momento de ser otorgado su permiso de residencia-, concentrada entre los 20 y 35 años, que pasaron en 10 años de representar un 36.5% a un 43.3% de la población migrante, lo que destaca que es un inmigrante en edad laboral activa que viene a Chile a trabajar. Lo anterior queda en evidencia al momento de analizar el tipo de visa que los inmigrantes solicitan una vez que han arribado al país. El 58% de los extranjeros solicita visas por motivos de empleo, tales como: visa temporaria dos contratos/honorarios, temporaria por motivos laborales, temporaria profesionales/técnico, visa sujeta a contrato o visa sujeta a contrato con patrocinio, y el 14% visas Mercosur, la cual permite trabajar.

Figura 1

Migración Reciente por nacionalidades según la cantidad de visas otorgadas 2014-2015



Fuente: Departamento de Extranjería y Migración.

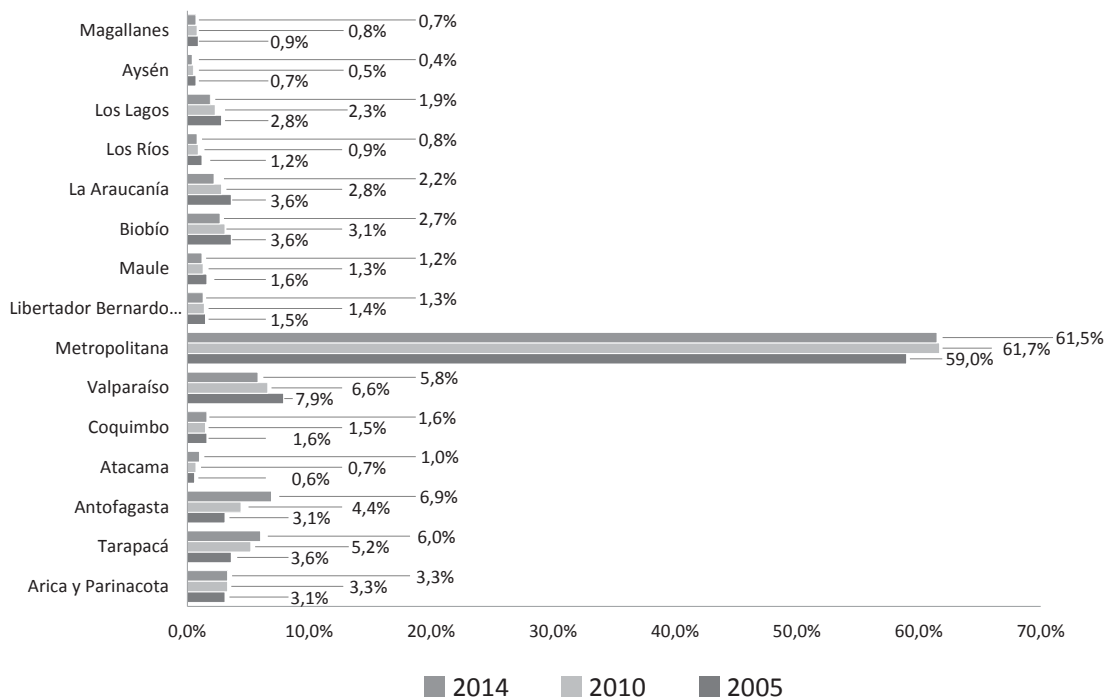
Un aspecto muy importante de analizar es el asentamiento territorial de los inmigrantes. El 16% de los inmigrantes que llegan a Chile se asientan en el norte grande y el 62% en la Región Metropolitana. Siendo las regiones del extremo norte quienes presentan mayores porcentajes de inmigrantes respecto de la población total; destacando la Región de Antofagasta con un 6.9%.

Caracterizado el actual fenómeno migratorio en Chile, es fundamental enmarcar el desafío de la gestión migratoria y su respectiva política, con el deseo de construir una sociedad cohesionada, espíritu que ha concebido el actuar del Departamento de Extranjería y Migraciones del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

El Consejo Económico para América Latina y el Caribe, CEPAL (1), define la cohesión social como la *"dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan"*, enfatizando en los principales ejes que orientan la cohesión social: inclusión y pertenencia. La cohesión social otorga desafíos tanto para los migrantes, como para las sociedades de origen, siendo esta última la responsable de construir espacios de interacción positiva que permitan generar un sentido de pertenencia por parte de los inmigrantes.

Figura 2

Migración en Chile: Distribución de los migrantes según región, 2005-2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Extranjería y Migración.

42 Para Chile es relevante construir una sociedad que integre elementos de orden político, económico y cultural, siendo estas tres dimensiones aspectos cruciales para la integración de los inmigrantes. La cohesión social como marco de acción nos impulsa a trabajar por minimizar las disparidades y evitar las polarizaciones propias de sociedades no cohesionadas (2). En la medida que los inmigrantes se sientan parte de la sociedad chilena estaremos progresando en la cohesión social, y construyendo una sociedad solidaria que logra constituirse bajo la percepción de un "nosotros", donde todos son parte (3).

Debe constituir un objetivo del Estado lograr que todos los miembros de la sociedad se sientan parte activa de ella, además de asegurar condiciones que entreguen un marco propicio para el crecimiento económico y aseguren un ambiente de confianza y reglas claras (4). Esto es un imperativo en la medida que deseamos apostar por un enfoque de desarrollo. En este sentido, el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) organismo responsable de aplicar la legislación en materia migratoria ha implementado en estos últimos años un nuevo enfoque y práctica que posibilita un cambio de paradigma en materia de política migratoria, buscando regularizar y proveer de derechos a los inmigrantes que llegan a Chile con un proyecto de vida legítimo y que son un aporte para el país. Nuestra preocupación por los migrantes no es aislada, sino que se entiende en cuanto a su integración en una sociedad determinada: la chilena.

3. Propósito

Revisaremos en este capítulo las acciones en materia de mejoramiento de la gestión de políticas públicas y sus efectos en el aseguramiento de los derechos de los y las migrantes y sus familias. Con ello, se busca crear condiciones para la discusión de la ley que regulará la migración y la institucionalidad encargada del estudio, tratamiento y regulación, que tendrá lugar en el Congreso nacional.

Por lo tanto, el presente capítulo se ha organizado en tres acápite: Introducción; El desafío de un país cohesionado: Política migratoria 2014-2018; y Una nueva ley para un Chile de todos.

4. El desafío de un país cohesionado: Política migratoria 2014-2018

Chile ha estado marcado por encuentros y desencuentros de diferentes culturas. Hoy es posible observarlo como parte de nuestra historia e idiosincrasia, no sin encontrar constantes controversias, sobre todo con los pueblos originarios y población creciente de migrantes. Las dificultades del Estado chileno con el pueblo mapuche es una muestra concreta sobre lo relevante que es tomar medidas de integración que reconozcan la diversidad y permitan ir construyendo una sociedad que haga parte a todos.

Como ya se ha señalado, convivir en una sociedad poco cohesionada fomenta la generación de conflictos y fricciones dentro de los ciudadanos – estableciendo informalmente distintos niveles en el ejercicio de la ciudadanía-, refuerza la inequidad y disminuye la aceptación a la diversidad. Es por todo esto que el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet puso en el centro de su trabajo el deseo de trabajar y construir por un Chile para todos.

Reconociendo que Chile tiene déficit en cuanto a su cohesión social, es que es aún más de cuidado la forma en que como país vamos a integrar a las personas inmigrantes, considerando que la sociedad a la cual ingresan tienen problemas de integración que los anteceden. La forma en que se desarrolle la integración de las personas inmigrantes tiene consecuencias para las nuevas estructuras de desigualdad y para el proceso de formación de grupos, lo que va en el sentido contrario al desarrollo de una sociedad cohesionada. Cuan integrado esté un grupo de inmigrantes afecta la integración de la sociedad en su conjunto. Como sostiene Harmut Esser (5) la forma en que está configurada la sociedad previa llegada de flujos migratorios es relevante para proyectar cómo será la integración de personas inmigrantes a la sociedad de destino. Sociedades que no poseen integración sistémica- entendida como la cohesión de un sistema social - tienden a generar conflictos independientes de sí, ocurre un proceso de asimilación o no de parte de la población inmigrante.

Dado lo anterior, es que el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) mediante las tres líneas matrices que plasman su gestión migratoria ha buscado generar acciones que inserten a los y las migrantes dentro del sistema social, proveyendo de los mismos derechos que tienen los nacionales, y realizando acciones específicas que reconocen un punto de partida distinto entre migrantes y nacionales, por lo que se hace necesario reforzar de forma particular la provisión de ciertos derechos. Así, son tres las líneas matrices que orientan la gestión migratoria: dos de carácter gubernamental y una tercera de compromisos del Estado en cuanto a la naturaleza migratoria.

La primera de ellas, ha sido el Programa de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, el cual estableció la necesidad de modificar la legislación migratoria bajo una perspectiva de inclusión, integración regional y enfoque de derechos. Promoviendo una cultura y política migratoria basada en el fomento y aplicación efectiva de los instrumentos internacionales ratificados por Chile y fomentando una coordinación dinámica entre los entes públicos vinculados con la política migratoria. Este Programa tiene como antecedente el instructivo Presidencial N° 9 de 2008 sobre Política Nacional Migratoria, que definió ejes centrales y principios para la gestión gubernamental, destacando el respeto de los derechos humanos de los migrantes y su inserción social y económica. Así mismo, estimuló la necesidad de ir avanzando en generar una institucionalidad para dar sustento a sus definiciones y estableció la creación de un Consejo de Políticas Migratoria, precedida por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La segunda línea matriz es el Instructivo Presidencial N°5 de 2015, el cual busca guiar la acción estatal y la gestión gubernamental en material inmigratoria y emigratoria; coordinando a los distintos órganos de la administración del Estado para el establecimiento de un Sistema Nacional de Migraciones y un Plan de Acción en materia de políticas públicas con foco en el migrante. Siendo este Instructivo la actual hoja de ruta para el desempeño de todos los sectores del Estado en cuanto a materia migratoria.

La tercera línea matriz, ha sido más bien la vinculación del DEM con la adaptación de la gestión a la jurisprudencia producida por la Corte de Justicia, como los compromisos internacionales que Chile ha asumido y el acercamiento con la sociedad civil y las comunidades migrantes.

5. Hitos de institucionalidad

Considerando que la acogida de los migrantes y el resultado de una efectiva inserción en la sociedad chilena es una tarea de múltiples actores, el DEM ha ido generando una institucionalidad migratoria que considera las distintas visiones existentes. Dado lo anterior se destaca la creación de distintos espacios -principalmente- de coordinación y discusión sobre el hecho migratorio.

El Consejo de Política Migratoria (CPM), creado por el Decreto N° 1393 del año 2014, es una comisión asesora de la Presidenta de la República conformada por nueve ministros: Ministro del Interior y Seguridad Pública (quien preside el Consejo), Ministro de Relaciones Exteriores, Ministro Secretario General de la Presidencia, Ministro de Educación, Ministro de Justicia, Ministro de Trabajo, Ministro de Salud, Ministro de Desarrollo Social, Ministra de la Mujer y la Equidad de Género y Subsecretario del Interior, quien actúa como Secretario Ejecutivo. El Jefe del Departamento de Extranjería y Migración es el responsable de la Secretaría Técnica del Consejo. El CPM es responsable de realizar proposiciones sobre Política Nacional Migratoria y coordinar las acciones, planes y programas de los distintos actores institucionales en materia migratoria. Por otro lado, el Decreto N° 108 del año 2015 creó el Consejo Técnico de Política (CTP) Migratoria, comisión asesora del CPM que tiene como objetivo proponer una agenda temática y proveer de insumos técnicos sectoriales para el funcionamiento. El CTP para el desarrollo de su labor estableció siete áreas temáticas en las cuales participan

coordinadamente diversas instituciones gubernamentales, las áreas temáticas concretaron en grupos técnicos – conformados por diversos sectores ad hoc a la temática- vinculados con las tareas que el Decreto N° 108 establece. Los grupos son: Inclusión Social, Laboral e Innovación, Información y Seguimiento de Políticas Migratorias, Inclusión e Interculturalidad, Asuntos Internacionales y DD.HH, Coordinación con la Política de Emigración y Participación.

El CPM se constituyó el 05 de diciembre de 2015, donde se manifestó la necesidad de modificar la legislación actual para hacerla acorde a los tiempos actuales y según un enfoque de derechos humanos. Así mismo, la necesidad de crear una política integral y con una mirada multisectorial. Siguiendo lo anterior, se comprometió en designar a un representante para trabajar con la secretaria técnica en la propuesta legislativa a efectos de ingresar el anteproyecto de ley de migración en el año 2016. Además, se acordó de mandar al CTP, que dentro del plazo de ocho meses proponga un Plan de Acción para ser validado por el CPM y luego ser sancionado por la Presidenta. Esta instancia es coordinada por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública a través del DEM.

Por último, el Gobierno actual de la Presidenta Michelle Bachelet ha buscado hacer de la participación ciudadana un enfoque transversal de toda política pública sectorial, tal como lo expresó el Programa de Gobierno. Esto ha impactado positivamente en la forma de hacer gobierno, siendo una oportunidad excepcional para perfeccionar nuestra democracia. Se ha entregado más control y participación a los ciudadanos. Es por ello que el año 2014 se firmó el Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana (6 de Agosto de 2014), el cual entregó orientaciones y criterios a todos los servicios públicos para cumplir efectivamente con la ley 20.500 sobre participación ciudadana. La entrada en vigencia de la ley se ha materializado, fundamentalmente, en cuatro mecanismos: 1) acceso a la información relevante, 2) consultas ciudadanas, 3) cuentas públicas participativas y, 4) consejos de la sociedad civil.

El Departamento de Extranjería y Migración ha trabajado en aplicar los lineamientos gubernamentales en temas de participación pudiendo así construir mejores políticas públicas. Dado esto, durante el año 2015 se llevó a cabo un proceso consultivo participativo con la sociedad civil con miras a mejorar la legislación migratoria. Se realizaron ocho encuentros en seis regiones del país, con la participación de más de 621 organizaciones de migrantes, organizaciones no gubernamentales, centros de estudios, gobiernos locales y organizaciones internacionales. Como resultado de este proceso se recibieron 196 propuestas sobre temáticas que la sociedad civil prioriza para la legislación migratoria. A este se suma la constitución del Consejo Consultivo de la Sociedad Civil, el cual está normado por la Resolución Exenta N° 10.330, y sesionó por primera vez el primer semestre del año 2016, con presencia de organizaciones de migrantes, organizaciones no gubernamentales y académicos. Por último, y en esta misma dimensión cabe destacar que el DEM mantiene en su página web y a libre disposición de los usuarios, formularios de solicitudes de prórrogas de turismo, autorizaciones para trabajar, permisos de residencia, recursos de reconsideración, solicitud de carta de nacionalización, entre otros, todas con las debidas instrucciones para su correspondiente llenado, así como un catálogo completo sobre la legislación migratoria vigente. También se cuenta con acceso directo para formular peticiones por la Ley de Transparencia.

En síntesis, con estas iniciativas se ha buscado avanzar hacia una institucionalidad sólida, tanto desde la perspectiva de la participación ciudadana, como desde la perspectiva de los expertos sectoriales que influyen en la definición de la política nacional migratoria, fortaleciendo el trabajo de discusión, análisis y gestión que se viene desarrollando desde que asumió el Gobierno de la Presidenta Bachelet.

6. Modificaciones administrativas ejemplares y necesarias

Uno de los principales desafíos del Departamento de Extranjería y Migración ha sido favorecer la integración de los migrantes, entendida como la inclusión de éstos a las instituciones y relaciones de la sociedad chilena (6). Por lo que, reconociendo las carencias institucionales en materia migratoria -y sin excusarse en ellas para continuar avanzando- el DEM ha ido desarrollando un conjunto de reformas que tienen como objetivo la resolución de situaciones, que tanto desde el punto de vista regulatorio como desde las prácticas administrativas no se encontraban completamente alineadas con los compromisos asumidos por Chile, y tampoco propiciaban la integración de los inmigrantes.

Junto con lo anterior, es importante destacar que estas modificaciones tienen como propósito generar las condiciones necesarias para que se pueda efectuar una discusión legislativa sobre la nueva ley de migraciones en un contexto respetuoso de los derechos y deberes de los migrantes y sus familias. En su conjunto, estas iniciativas son una respuesta a demandas históricas que han sido planteadas por diversas organizaciones de migrantes y expertos en la temática migratoria. Constituyen un primer paso para profundizar una reforma migratoria.

Los principales avances que a continuación se detallarán tienen relación, fundamentalmente, con el fomento de la titularidad de derechos para la población migrante, los cuales son un avance en el logro de una efectiva integración de estos a la sociedad chilena. Específicamente, en cuanto a la integración estructural de los migrantes, entendida como la adquisición de derechos y acceso a instituciones nucleares de la sociedad chilena; tales como economía y mercado laboral, educación, acceso a vivienda, salud, acceso a ciudadanía, entre otros (6).

- a) **Convenio que facilita el acceso a la Salud a través del Régimen de Prestaciones de FONASA (7).** Suscrito entre el Ministerio del Interior y FONASA, este convenio permite a los ciudadanos extranjeros residentes en Chile que han solicitado permiso de residencia en el país por primera vez, prórroga, cambio de categoría migratoria temporal o permanente y cuya resolución se encuentra en proceso de análisis, puedan acceder al régimen de prestaciones de FONASA en calidad de beneficiarios, situación que se extiende hasta que exista resolución del proceso de análisis, el cual es informado desde el DEM a FONASA.

- b) **Iniciativas del Ministerio de Salud (MINSAL) para mejorar el acceso a la atención de salud de grupos de migrantes.** El año 2015 se promulgó el Decreto N° 67 del MINSAL, el cual establece que una persona inmigrante que carece de documentos o permisos de residencia, que suscribe un documento declarando su carencia de recursos puede ser considerada beneficiaria del Régimen de Prestaciones de Salud. La circular A 15 N° 06 del año 2015 del mismo ministerio determina respecto a la atención de salud a personas inmigrantes, que se desligará la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia para la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia.
- c) **Iniciativa para igualar derechos en el acceso a la vivienda a la población Migrante.** El año 2011 se planteó el requisito adicional a los inmigrantes para el acceso a subsidios: luego de la espera para conseguir la permanencia definitiva el extranjero debía esperar 5 años más (residiendo en Chile). El año 2014 el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, mediante una modificación al decreto 52, permitió a los inmigrantes postular a los beneficios habitacionales cumpliendo con los criterios de postulación de cualquier persona en Chile, siempre que sea titular de un permiso de permanencia definitiva. Con ello, se elimina el requisito adicional de una antigüedad mínima de 5 años como titular de permanencia definitiva antes de postular.
- d) **Programa de Regularización de Estudiantes “Escuela Somos Todos” (8)** Convenio suscrito entre el Ministerio del Interior y las Municipalidades de Santiago, Antofagasta, Recoleta y Quilicura, que permite responder a los compromisos internacionales que Chile ha suscrito en el marco de la Convención de los derechos del niño. A través de las escuelas públicas de la comuna y su comunidad educativa, se accede a la regularidad migratoria de los estudiantes y sus familias. Para lograr lo anterior se capacitará en materias migratorias a directores y docentes y se generarán procedimientos especiales y acelerados de acceso a la residencia, pudiendo así concretar el derecho de los niños y niñas a acceder a una visa de estudiante con independencia de la situación migratoria de los padres.
- e) **Convenio para el acceso a la educación parvularia. Iniciativa conjunta entre el Ministerio del Interior y la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) (9),** que busca facilitar el ingreso a programas de educación parvularia a hijos e hijas menores de 5 años de mujeres migrantes o refugiadas, independiente de la condición migratoria en que niños y niñas se encuentren.
- f) **Convenio de Colaboración SENAME – DEM para el reconocimiento de la condición de refugiado (10).** Se trata de una iniciativa complementaria a aquella que facilita el Acceso a la Red de Protección de Salud y a la Infancia y tiene por objetivo generar una protección especial y responder a las especiales condiciones de vulnerabilidad que presentan los niños, niñas y adolescentes solicitantes de reconocimiento de la condición de refugiado, asumiendo las autoridades de protección de la infancia en Chile, un rol de representación de los intereses de niños, niñas y adolescentes ante las autoridades migratorias.
- g) **Iniciativa para el Reconocimiento de Nacionalidad de Hijos de Inmigrantes Residentes en Chile (Caso de Hijos de Extranjeros Transeúntes) (11).** El concepto de transeúnte desde el punto de vista migratorio se usa para identificar a aquel que no tiene ánimo de residencia. Este concepto tiene relevancia en nuestro país porque la Constitución Política establece una excepción al principio *ius solis* para los hijos de transeúntes, ya que aun cuando nacen en territorio nacional, no pueden acceder a la nacionalidad chilena.

La legislación nacional no define el concepto de transeúnte y por tanto su interpretación desde el punto de vista administrativo ha recaído en el DEM. Hasta marzo del año 2014, la interpretación indicaba que se consideraba transeúnte a las personas que tenían la calidad migratoria de turistas y tripulantes, ya que son los casos en que es posible establecer que no existe un ánimo de residencia en el país, por la propia naturaleza del permiso al que se accede. Sin embargo, junto a estos dos conceptos, se optó en el pasado por interpretar que la condición de transeúnte podía extenderse además a aquellos extranjeros que se encontraban en condición migratoria irregular producto de ingreso clandestino, turistas irregulares, expulsados y personas con orden de abandono. Con ello, la excepción al principio *ius solis* se hizo extensiva no solo para los hijos de turistas y tripulantes, sino que incorporó a los hijos de extranjeros que tuviesen alguna condición de irregularidad migratoria, sin importar el ánimo de residencia que esas personas pudiesen presentar. Con ello se generaban situaciones de apatridia, ya que niños y niñas hijos de inmigrantes en condición de irregularidad migratoria no podían acceder a la nacionalidad chilena ya que se consideraba que por el hecho de estar irregular, sus padres tenían la categoría de transeúntes.

El Gobierno actual de la Presidenta Bachelet ha buscado generar una interpretación que se apegue al sentido natural del precepto, que no es otro que establecer que transeúnte es aquel que no tiene ánimo de residencia en Chile, como ocurre con las personas que tienen la calidad migratoria de turista y tripulante de modo tal que no corresponde extender su aplicación a situaciones que no se encuadren estrictamente en ese marco, como lo es la eventual irregularidad migratoria de los padres de un niño, situación que no debe afectar el derecho a la nacionalidad de los niños, niñas y adolescentes nacidos en territorio nacional.

- h) **Exención de Multas a niños, niñas y adolescentes (12).** Considerando los compromisos asumidos por Chile en relación con la protección de los derechos humanos, en particular lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño y lo señalado en la legislación migratoria, sobre la atribución del Ministerio del Interior de aplicar las sanciones administrativas que correspondan a las normas migratorias, se ha instruido a los Intendentes Regionales que se abstengan de sancionar a los niños, niñas y adolescentes extranjeros que infrinjan la normativa migratoria, ya que se entiende que la responsabilidad de regularizar su situación migratoria, solicitando los permisos de residencia u autorizaciones que correspondan, recaen sobre los padres, guardadores o personas encargadas de su cuidado personal. Estas instrucciones han sido comunicadas a las autoridades competentes a través del Oficio Circular N° 30722 de 10 de septiembre de 2014 del Jefe del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior.
- i) **Visa Temporal por Motivos laborales (13).** El decreto ley 1904 establece un único formato legal para permitir el trabajo remunerado bajo un

contrato de trabajo con un empleador domiciliado en Chile por parte de inmigrantes; la visa sujeta a contrato. Este visado posee dos distorsiones relevantes: el contrato debe tener una cláusula de viaje, la cual establece que el empleador se compromete a pagar, al término de la relación laboral (ya sea por término de contrato, despido o renuncia), el pasaje de regreso del trabajador y los miembros de su familia que se estipulen, a su país de origen o al que oportunamente acuerden las partes; la cual desincentiva la contratación de inmigrantes y; condiciona la visa a la vigencia del contrato -al acabar el contrato se acaba la visa-, lo que acrecienta la verticalidad en la relación del trabajador con el empleador, puesto que este último posee el control de la visa. Dada esta situación, es que se crea una nueva visa temporal: la visa por motivos laborales, la cual busca que la gestión migratoria considere los compromisos suscritos por Chile de acuerdo a la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares ratificada por Chile el año 2005, estableciendo un permiso que tenga como fundamento el desarrollo de actividades laborales, teniendo como requisito fundamental la existencia de un contrato de trabajo con un empleador domiciliado en Chile. Con este permiso se protegen los derechos de los trabajadores migrantes pero también se genera un modelo más flexible y dinámico que permite tanto a trabajadores como a empleadores de cumplir con la normativa laboral y migratoria.

- j) Reconocimiento de Uniones Civiles realizadas en el Extranjero en la obtención de permisos de residencia** (14). Reconociendo que en la sociedad existen diversas formas de familia, el DEM estableció una visa temporaria para aquellos migrantes que celebren un matrimonio en el extranjero o que firmen un Acuerdo de Unión Civil, tanto en Chile como en el extranjero, sin hacer distinción en el sexo de los contrayentes. De esta forma, el DEM está dando cabida a las distintas formas de familia que existen en nuestra sociedad contemporánea y que son reconocidas por los tratados internacionales sobre derechos humanos.
- k) Modificaciones al Reglamento de Extranjería.** Mediante Decreto (15) se introdujo una serie de importantes modificaciones, orientadas fundamentalmente en promover la regularización de la población migrante en Chile, lo que permite una mejor gestión migratoria e integración de los migrantes en la sociedad. Las modificaciones fueron:
- Rebaja de los valores de los permisos de residencia niños menores de 18 años.
 - Establecer la gratuidad para permisos de residencia para personas que requieren protección por ser víctimas de trata de personas.
 - Se eliminan restricciones para la contratación de artistas extranjeros.
 - Se perfecciona el sistema de rechazos de permisos, especialmente a la causal de falta de interés.
 - Se clarifica claro que la medida de abandono se mantiene durante la vigencia de la visa restringida para condenados y se deberá dar cumplimiento al abandono cuando el extranjero cumpla la condena. Además, amplía el beneficio a cualquier condenado, no sólo a los que están en libertad.
 - Se elimina retención de documentación de parte de la PDI, pudiendo retener solamente la de origen chileno (cédula de identidad) si ella está vencida o cualquiera otra para el solo objeto de materializar la expulsión.
 - Otras modificaciones relevantes se encuentran en proceso de implementación relacionadas con el desarrollo de sistemas informáticos.
 - Establecimiento de nuevos sistema de pagos de sanciones migratorios, en proceso de implementación.
 - Mejoramiento de los sistemas de registro de permisos.
 - Generación de informes de viajes y vigencia automatizados por parte de la PDI.
 - Mejoramiento de los sistemas de interoperabilidad para compartir información entre autoridad migratoria y de control fronterizo.

7. Una nueva ley para un Chile de todos

El aumento de la migración en el contexto de un mundo globalizado, donde la necesidad de movilidad responde a múltiples propósitos hizo aún más evidente la carencia institucional que posee Chile en temas migratorios, siendo urgente la necesidad de modernizar la gestión y servicio que otorga el Estado de Chile a los migrantes.

La actual legislación migratoria chilena, que regula las condiciones de ingreso, salida, residencia y permanencia definitiva de los extranjeros en Chile, está contenida en el cuerpo normativa proviene del Decreto Ley 1094 del año 1975. Las características principales del decreto ley es que concibe al extranjero y la migración como una amenaza, entrega amplia discrecionalidad y fuerte control de las fronteras (externas e internas), todos estos elementos están incorporados en la legislación bajo el marco de la Doctrina de Seguridad Nacional (16).

El Decreto Ley 1094 es la normativa más antigua de Sudamérica, y existe un amplio consenso en que es una ley ineficaz que no responde al contexto migratorio actual, siendo incapaz de responder a los diversos motivos de movilidad, proveer una institucionalidad acorde al desafío y responder a los compromisos internacionales suscritos por Chile.

Contrario a lo descontextualizada que es la actual legislación migratoria, Chile en las últimas décadas, se ha transformado en un destino relevante de las migraciones internacionales, registrándose un aumento constante y sostenido en el número de permisos migratorios solicitados y otorgados a personas extranjeras. El paso de ser un país principalmente emisor de población migrante a uno que acoge a un creciente número de residentes de nacionalidad extranjera que ven en Chile un lugar para desarrollar su proyecto de vida, ha llevado a que algunos autores se referan a esta migración como la "nueva inmigración". Lo anterior es una oportunidad para tomar decisiones que promuevan y tiendan a construir una sociedad que se articula desde la cohesión social; una cultura abierta hacia la interculturalidad y acorde a los tratados y convenios.

Todos los cambios que se han desarrollado en la actual administración, pese a ser un avance diametral, no serán suficientes en la medida que la política migratoria no logre ser enfrentada como una política de Estado que trascienda en el tiempo y que otorgue una respuesta contundente en el respeto a los derechos humanos de las personas migrantes. Teniendo como foco el positivo impacto que es para Chile que las personas inmigrantes tengan un efectivo proceso de integración en la sociedad.

Es por ello, que desde el Departamento de Extranjería y Migración, en conjunto con diversos sectores involucrados en la temática migratoria, incluida la sociedad civil, se ha trabajado en un anteproyecto de ley que busca dotar de una nueva legislación migratoria a Chile (17). Este anteproyecto posee el carácter normativo que permite al Estado desarrollar una política migratoria que tiene como piso el respeto de los compromisos internacionales que Chile ha adherido. Esta nueva política pública promueve una cultura y educación que reconoce los derechos humanos como inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna, en particular de nacionalidad, haciéndose cargo de los diversos acuerdos internacionales suscritos. Además de ofrecer un moderno modelo de visas que transparenta los diversos motivos de movilidad y, otorga una nueva institucionalidad. Sobre este último punto se establece como autoridad migratoria al Ministerio del Interior, el cual es asesorado por el Consejo Política Migratoria, organismo encargado de elaborar la propuesta de Política Nacional Migratoria y generar la coordinación de los planes y programas de las instituciones gubernamentales en materia migratoria, por último, se establece la creación de un Servicio Nacional de Migraciones, encargado de ejecutar la política nacional migratoria.

8. Conclusiones

En síntesis, se viene buscando posibilitar la integración de las personas migrantes en su nueva sociedad de acogida, reconociendo la riqueza que traen y buscando el equilibrio entre su cultura y el respeto de los valores, instituciones y normas de la sociedad de acogida. Para esto, se requiere modernizar nuestra institucionalidad pública en materia migratoria, la que debe propiciar a la existencia de una política que contribuya al crecimiento del país con inclusión de las comunidades migrantes. Nuestro desafío por lo tanto es, trabajar para el Chile que viene, donde las personas migrantes que están en nuestro país y las que vendrán, son parte fundamental.

Es tarea de toda nuestra sociedad hacer de Chile un país más rico social y culturalmente, donde -efectivamente- todos se sienten parte. El respeto y el reconocimiento por la diversidad y la multiculturalidad es el primer paso para que podamos enriquecernos mutuamente (16). Este es el país que queremos -y por el cual el Departamento de Extranjería y Migración trabaja-, un Chile más inclusivo e intercultural, una sociedad decidida por su cohesión social.

9. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Como se ha señalado a lo largo del presente capítulo las necesidades de los migrantes y los desafíos que tiene el Estado de Chile respecto a ellos son múltiples y profundos. De la forma en que enfrentemos este fenómeno nos jugaremos el tipo de sociedad que queremos construir y la forma en que queremos vivir. En la medida que fijamos como norte la construcción de una sociedad cohesionada se hace apremiante generar espacios que promuevan la integración intercultural, en los cuales tanto chilenos como extranjeros puedan compartir y expresar sus propias culturas. Además, es necesario enfatizar que el primer paso para una efectiva integración de la población migrante es la provisión de derechos.

Por último, Chile sigue teniendo pendientes tanto en su legislación migratoria como en su política, aun cuando ha habido importantes avances. Los motivos migratorios cada día son más variados, y para poder tener una óptima gestión migratoria es necesario poder contar con un sistema de visado que evidencie con claridad y sinceridad el motivo migratorio que hizo que el migrante llegara a Chile. Por otro lado, la nueva política migratoria debe fortalecer su carácter intersectorial, entendiendo que la migración posee una diversa de dimensiones que deben ser atendidas de forma coordinada y no desagregada.

Tabla 1

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Comunidad	<ul style="list-style-type: none">• Generar programas que permitan el desarrollo de espacios de encuentro intercultural entre chilenos y extranjeros• Fomentar la construcción de una sociedad que se articula desde la cohesión social.	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar el acceso a derechos que permitan asegurar la integración a la sociedad chilena de parte de los colectivos migrantes.• Promoción de la interculturalidad, y de políticas que respondan a los tratados y convenios internacionales suscritos por Chile.
Dimensión: Políticas intersectorial en ámbitos Nacional e Internacional	<ul style="list-style-type: none">• Articular y promocionar la oferta existente de intervención con población migrante de los distintos sectores del Estado y la sociedad civil• Existe la necesidad de generar más políticas que fomenten la integración de la población migrante a la sociedad chilena.• Existe la necesidad de crear una institucionalidad dentro del Estado que pueda responder de forma integrada y articulada a las necesidades de la población migrante.• Modificar el sistema de visas que permita responder a los distintos propósitos por los cuales las personas quieren ingresar a Chile.	<ul style="list-style-type: none">• Creación de un Plan Nacional de Política Migratoria, el cual intersectorializa toda la oferta programática destinada a la población migrante.• Nuevo proyecto de ley que dota a Chile de una nueva legislación migratoria. Énfasis en responder a estándar internacional de DD.HH, un nuevo sistema de visas y nueva institucionalidad migratoria (creación de un Servicio Nacional responsable de la ejecución de la política migratoria).
Dimensión: investigación	<ul style="list-style-type: none">• Se requiere mayor información sobre los modos de integración de los distintos colectivos de migrantes• Se requiere información sobre cohesión social en Chile	<ul style="list-style-type: none">• Generar conocimiento acerca de estrategias de integración de los distintos colectivos de migrantes• Generar información acerca de niveles de cohesión social en Chile

10. Referencias

1. Ottone, E. & Sojo, A. (2007). *Cohesión social, inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago, CEPAL.
2. Consejo Europeo (1997): http://www.europarl.europa.eu/summits/ams1_es.htm
3. Sojo, C. *Cohesión social y exclusión. Una mirada desde Centroamérica*. Revista Quórum. 2007; 18.
4. Ocampo, José Antonio (2004), *Reconstruir el futuro. Globalización, desarrollo y democracia en América Latina*, Bogotá, D.C., Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ Grupo Editorial Norma.
5. Esser, H. (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 2: Die Konstruktion der Gesellschaft*. Campus.
6. Bosswick, W. & Heckmann, F. (2006) *Integration of migrants: Contribution of local and regional authorities*. European Foundation for the improvement of living and working conditions; European Forum for Migration Studies (EFMS) at the University of Bamberg, Germany.
7. Decreto Exento N° 6410 de 1 de diciembre de 2014 que aprueba Convenio de Colaboración entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Fondo Nacional de Salud.
8. Oficio Circular N° 6.232 de 26 de mayo de 2003 que precisa sentido y alcance de Circular N° 1179 de 18 de enero de 2003 del Departamento de Extranjería y Migración.
9. Resolución Exenta N° 6677 de 20 de noviembre de 2007 que aprueba Convenio de Colaboración y Acción Conjunta entre el Ministerio del Interior y la Junta Nacional de Jardines Infantiles
10. Resolución Exenta N° 10654 de 28 de diciembre de 2009 que Aprueba Convenio de Colaboración entre el Ministerio del Interior y El Servicio Nacional de Menores SENAME.
11. Oficio N° 27601 de 14 de agosto de 2014 del Departamento de Extranjería y Migración
12. Circular Interna N° 30722 de 10 de Septiembre de 2014 del Departamento de Extranjería y Migración
13. Circular N° 7 de 26 de febrero de 2015 del Departamento de Extranjería y Migración
14. Circular N° 6 de 26 de febrero de 2015 del Departamento de Extranjería y Migración
15. Decreto Supremo N° 1930 de 3 de diciembre de 2014, publicado en el Diario Oficial el 7 de marzo de 2015.
16. Sandoval, R. (2016). *Hacia una política nacional migratoria*. En *Racismo en Chile. La piel como marca de inmigración* (1st ed.). Santiago, Chile: María Emilia Tijoux.
17. Cano, M., Soffia, P. & Martínez, J. (2009) CEPAL - Serie Población y desarrollo No 88. *Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio*.

11. Acerca del autor

Rodrigo Sandoval

Jefe Nacional del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Es profesor titular de Derecho Civil en la Facultad de Derecho de la Universidad Raúl Silva Henríquez. Tiene una amplia experiencia en el sector público. Se ha desempeñado como asesor del Ministerio del Interior, Ministerio de Obras Públicas, Salud y Trabajo.

Email: rsandoval@interior.gov.cl

EL PLACER DE VIAJAR LA GENTILEZA DE SERVIR
BUSES SEMICAMA Y EJECUTIVO
ATENCIÓN A BORDO
SALIDAS DIARIAS IQUIQUE - ORURO
© 424940 - 432957 ESMERALDA 987 A IQUIQUE - CHILE



ORURO
CRA
ORURO
12:30 PM
ORURO
ORURO
ORURO
20:30 PM
ORURO

LLAMADAS TELEFONICAS
RECARGAS
ACCESORIOS

Capítulo 4 Avances y Desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM



Felipe Calderón, BSc
Responsable del Programa de Atención Social,
Servicio Jesuita a Migrantes

Florencia Saffirio, MSc(c)
Coordinadora Nacional del Área Social, Servicio
Jesuita a Migrantes

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Las temáticas de migración y salud en Chile se presentan como un desafío importante de abordar desde la mirada de la población migrante.
- Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) está presente en tres ciudades de Chile: Arica, Antofagasta y Santiago.
- El foco de SJM es la intervención social como fundamento de un discurso de promoción y protección de los derechos de la comunidad migrante.
- SJM promueve la regularización migratoria y el ejercicio de derechos sociales.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Este capítulo presenta la experiencia de trabajo del SJM con personas migrantes en el ámbito de salud, abordando el acceso y el ejercicio del derecho.
- En ambos ámbitos identificamos que es necesario avanzar para la inclusión de estos colectivos en los servicios salud.
- La reflexión presente en este capítulo justifica la pertinencia de un análisis holístico acerca del fenómeno migratorio.
- SJM aborda la migración desde un enfoque de exclusión social entendido como aquellos procesos dinámicos y reversibles de negación del otro, como un otro no válido, que propician su aislamiento, su rechazo, su no participación y su declinación bajo los niveles de subsistencia socialmente aceptables.
- El derecho a la salud es una de las principales preocupaciones de las personas con las que trabajamos en SJM, ya que en Chile no existe acceso universal a la salud para las personas migrantes.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Dentro de los principales desafíos que existen en Chile en este momento es la implementación del marco legal que asegura el acceso a salud de la población migrante, sin que este quede reducido a voluntades personales de instituciones y profesionales.
- Es de gran importancia generar estrategias que permitan visibilizar las problemáticas de salud mental presentes en la población migrante.
- Incluir mediadores interculturales a los equipos de trabajo, que permitan mayor comprensión sobre las particularidades de cada colectivo migrante.
- Generar campañas de sensibilización y promoción de derechos de personas migrantes.

d) **Palabras clave:** Personas migrantes, derecho a la salud, exclusión social, acceso a salud, pertinencia cultural.

2. Antecedentes

Las temáticas de migración y salud en Chile se presentan como un desafío importante de abordar desde la mirada de la población migrante. Este capítulo presenta la experiencia de trabajo del Servicio Jesuita a Migrantes (SJM) con personas migrantes en el ámbito de salud, abordando el acceso y el ejercicio del derecho. En ambos ámbitos identificamos que es necesario avanzar para la inclusión de estos colectivos en los servicios salud, especialmente en la garantía de acceso universal y de la pertinencia cultural de las intervenciones, considerando tanto la prevención como el control de enfermedades.

3. Propósito

Este capítulo ilustra la experiencia de trabajo directo del Servicio Jesuita a Migrantes con personas migrantes, específicamente lo relacionado a los avances y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud. Para comenzar, presentaremos brevemente la labor del SJM, su modelo de trabajo y el enfoque de exclusión social como referente teórico para comprender el fenómeno de la migración. Posteriormente, expondremos nuestra experiencia de trabajo en torno a la dimensión salud, donde abordaremos: a) problemáticas y avances en el acceso; b) salud mental de la persona migrante; y c) espacios de convivencia y pertinencia cultural, como dos elementos que determinarán la adherencia al sistema de salud.

4. La labor del SJM: Modelo de trabajo

El Servicio Jesuita a Migrantes tiene años de experiencia de trabajo directo con personas migrantes en situación de exclusión social y actualmente cuenta con oficinas en tres ciudades del país: Arica, Antofagasta y Santiago. Ha construido un modelo de trabajo que contempla la intervención social como fundamento de un discurso de promoción y protección de los derechos de las personas que migran a Chile. Esto se enmarca en el modelo de trabajo de las obras sociales de la Compañía de Jesús, que articula tres dimensiones:

- a) *Inserción*, entendido como el trabajo directo con las personas,
- b) *Reflexión* para generar conocimiento específico que vincule la teoría con nuestras prácticas,
- c) *Incidencia* para provocar cambios en la esfera política en torno al fenómeno de la migración.

De este modo, la inserción se lleva a cabo a través del Área Social del SJM, que tiene como objetivo facilitar los procesos de inclusión social de las personas migrantes, a través de la promoción y protección de sus derechos. Diariamente recibimos a personas de distintas nacionalidades, quienes espontáneamente se acercan al SJM buscando información y orientación sobre regularización migratoria, derechos y deberes laborales, redes educacionales, entre otras materias. Es importante destacar que el SJM promueve la regularización migratoria y el ejercicio de derechos sociales como principales factores de inclusión social, buscando alternativas para que aquellas personas que se encuentran en situación migratoria irregular puedan obtener el permiso de residencia en el país.

Contamos con cuatro programas de intervención directa, Programa de Atención Social, Programa de Atención Jurídica, Programa Laboral y Programa Comunitario. Además, realizamos cursos de español a personas haitianas y ejecutamos el Programa Pastoral Intercultural Pedro Arrupe (PIPA) en el que participan niños y niñas -migrantes y chilenos- de la Comuna de Estación Central. Ambas iniciativas son desarrolladas por voluntarios y voluntarias.

5. Fenómeno de la exclusión y personas migrantes

Nuestra experiencia de trabajo directo evidencia que el fenómeno de la migración es complejo, por lo que se vuelve pertinente una comprensión y reflexión holística, considerando los elementos contextuales de los países expulsores y las motivaciones para migrar, las diversas rutas y trayectos, los perfiles y aspectos subjetivos de estas personas, la sociedad de llegada y su estructura normativa y sociocultural.

Teniendo en cuenta las experiencias relatadas por las personas migrantes con que trabajamos, muchas veces observamos que los procesos de *inclusión social* se ven obstaculizados por elementos que responden a distintos niveles de análisis. Abordar la migración desde un enfoque de exclusión social nos permite focalizar nuestro trabajo y realizar una lectura comprensiva del fenómeno, abordando, por ejemplo, la pertinencia cultural de tal o cual práctica.

La noción de exclusión social posee múltiples definiciones, las que en general, se caracterizan por ser ambiguas, difíciles de operacionalizar y complejas en sus significaciones (1). Pese a esto, al realizar una revisión histórica en torno a la definición del concepto, es posible establecer que existen ciertos consensos relacionados a la exclusión social. La exclusión responde entonces a transformaciones estructurales, posee un carácter horizontal, debido a que es dinámica, procesal y multidimensional, lo que "conlleva a ampliar el espectro de análisis a muchas otras esferas de la vida que son, en la actualidad, susceptibles de generar integración y exclusión social" (2).

Así también, el concepto de exclusión social no se entiende en términos binarios (exclusión v/s inclusión) sino como trayectorias por las cuales las personas se desplazan de manera gradual, según circunstancias estructurales que intensifican situaciones de exclusión. Conforme lo anterior, entendemos la exclusión social como aquellos "procesos dinámicos y reversibles de negación del otro, como un otro no válido, que propician su aislamiento, su rechazo, su no participación y su declinación bajo los niveles de subsistencia socialmente aceptables" (1, Pág.23).

Con estas ideas nos gustaría relevar la importancia de la búsqueda de marcos conceptuales que permitan realizar una lectura compleja y comprensiva, que trascienda una visión dicotómica y/o reduccionista del fenómeno de la migración y de las condiciones de vida de las personas que llegan a Chile.

6. Nuestra experiencia de trabajo directo. La dimensión Salud

Considerando que uno de los factores que determina todo proceso de inclusión social es el ejercicio de derechos sociales, hemos observado que el derecho a la salud es una de las principales preocupaciones de las personas migrantes con las que trabajamos, quienes demandan orientación e información respecto al funcionamiento y acceso al sistema de salud chileno. Lo anterior se respalda en base a la encuesta CASEN 2013, donde se evidencia que el 8.9% de las personas migrantes no está afiliada al sistema previsional de salud, porcentaje mayor al 2.5% de los nacidos en Chile. Además, respecto a las personas migrantes afiliadas, se observa que el 7.5% no sabe a qué grupo de FONASA pertenece, lo cual devela la falta de información sobre el sistema (3).

Para comenzar a desarrollar las ideas de este apartado, nos parece necesario presentar algunos elementos que permitan lograr una reflexión acabada sobre el acceso a la salud de las personas migrantes. Desde la experiencia del SJM y el trabajo directo con personas en situación migratoria irregular, observamos que la mayor brecha del sistema de salud es el acceso universal, pues la atención en salud para estas personas sólo considera urgencias médicas, embarazos y niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, como público prioritario. A pesar de esto, conocemos situaciones donde la atención de urgencia es negada en ciertos establecimientos, lo que obliga a buscar soluciones en distintos centros hospitalarios hasta conseguir atención.

De este modo, se vuelve pertinente la pregunta: ¿Qué ocurre con la prevención y el control de enfermedades en estos colectivos? Hemos conocido situaciones en que las personas acceden a salud sólo cuando se encuentran con cuadros patológicos graves, o bien deben esperar que las situaciones se complejicen hasta ser consideradas como urgencias. En este sentido, podríamos decir que una persona adulta en situación migratoria irregular tiene un acceso condicionado a encontrarse con riesgo vital.

Dado lo anterior, es posible afirmar que en Chile no existe acceso universal a la salud para las personas migrantes, lo cual es necesario tener en cuenta a la hora de abordar los avances que a continuación presentaremos.

6.1. Avances y desafíos en el acceso a la salud

En primer lugar, destacamos los avances que se han generado mediante los convenios intersectoriales que garantizan el acceso a la atención primaria de mujeres embarazadas. Vinculado a esto, recalamos también los cambios administrativos que ha realizado el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) creando vías de regularización para grupos prioritarios, como la visa temporaria por embarazo. Así también, celebramos el hecho que FONASA haya ampliado la posibilidad de inscripción a personas que aún no se encuentran con permisos de residencia en el país (Resolución Exenta N°1439 Ministerio de Salud). Dado lo reciente de esta iniciativa, estaremos atentos a cómo se materialice este procedimiento de inscripción.

Por otra parte, desde el SJM identificamos un discurso claro de las autoridades respecto al derecho a la salud de las personas migrantes, lo que muestra disposición y compromiso político en torno al tema. En esta línea, en las charlas que realizamos desde el SJM a equipos de salud, observamos interés por capacitarse e incorporar nuevas herramientas para la atención directa de personas migrantes. Sin embargo, el desafío está en institucionalizar dichas prácticas, evitando que dependan de voluntades particulares. Aun cuando son numerosos los avances en materia de acceso a la salud, también observamos brechas, desafíos y tareas pendientes.

Uno de estos desafíos radica en la atención de salud condicionada a un pago, como si fuera atención particular, aun cuando se trata, por ejemplo, de mujeres embarazadas. Nos hemos encontrado con numerosos casos de mujeres embarazadas que pudiendo haber optado a una visa, son atendidas de manera particular, sujetando su atención al pago. Esto trae significativas repercusiones emocionales en relación al modo cómo estas mujeres viven el embarazo, además de la angustia relacionada a la incertidumbre de encontrar atención en el momento del parto y en los cuidados del recién nacido.

Nos encontramos así con que muchos funcionarios no están al tanto de la visa temporaria para mujeres embarazadas. Visa que, por lo demás, es de expedita tramitación. Los centros de salud primaria son instancias fundamentales para promover la regularización de estas mujeres, pues si no reciben la orientación en el momento adecuado, es probable que no sean inscritas en el sistema de salud público. Al no ser incluidas en FONASA, se les cobran los partos como particulares, lo cual desencadena un proceso de firmas de pagarés que las personas no tienen capacidad de costear.

Siguiendo esta línea, debemos mencionar con preocupación que se continúe obstaculizando la inscripción de niños y niñas en FONASA cuando los padres se encuentran desempleados o están en situación migratoria irregular. Aquí se observan prácticas similares a la situación de las mujeres embarazadas, pues declarativamente el derecho a la salud para niños y niñas está garantizado por el Estado chileno, pero su ejercicio está sujeto a discrecionalidades, las cuales pueden responder tanto a aspectos burocráticos del sistema como a la voluntad del funcionario de turno. Si bien el Estado chileno asume un discurso de garantía del derecho a la salud, aplicando los tratados internacionales firmados en esta materia, en la práctica cotidiana el ejercicio del derecho sigue vinculado estrechamente a la situación económica de la persona, lo cual determina la calidad de los servicios que recibirá.

Desde nuestra opinión, la experiencia de las personas migrantes nos devela una vez más la fragilidad del sistema de protección social chileno y cómo la dimensión económica condiciona el ejercicio de derechos sociales. Con respecto a esto, podemos citar un estudio realizado por la Doctora Graciela Rojas en la Comuna de Independencia, donde se menciona que una de las principales razones de las personas migrantes para no acudir a los servicios de salud, es la *preocupación por el costo* (4).

La actual legislación migratoria condiciona el ejercicio de derechos de las personas migrantes a su situación laboral, al exigir como requisito la consecución de un contrato de trabajo para solicitar un permiso de residencia. De esta manera, un nuevo marco legal debiese avanzar a que la ciudadanía no esté sujeta a la condición de trabajadores de las personas migrantes. Así, Luis Thayer afirma: *“Cuando el reconocimiento institucional y social del migrante está basado en un principio instrumental, el argumento que sostiene su legitimidad se vuelve un péndulo que oscila entre el reconocimiento y la negación de éste, según cambien las condiciones del contexto o la situación de los propios migrantes”*. (5, Pág.19)

6.2. Sobre la salud mental de las personas migrantes

En términos generales, los servicios públicos de salud mental en Chile se encuentran en una situación crítica, pues estas prestaciones están caracterizadas por la inequidad y la insuficiente oferta, según lo relata el Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile (6). Dado que es una problemática transversal que afecta a la población en general, debemos mencionar que esta realidad influye directamente a las personas migrantes que requieren de una atención especializada, como lo son los refugiados, las víctimas del delito de trata de personas y las víctimas del delito de tráfico de personas.

Si bien no es posible vincular directamente la experiencia de migrar con patologías específicas, existe cierto consenso respecto que la migración es un factor de riesgo para la salud mental (4, 7, 8). A esto debemos agregar que la experiencia de *exclusión social* también es un factor de riesgo, pues un gran porcentaje de las personas migrantes con que trabajamos sufren la pauperización de su calidad de vida en distintos niveles, desarrollando por ejemplo sintomatologías relacionadas con trastornos ansiosos y trastornos del ánimo. En este sentido, en el trabajo directo con personas migrantes observamos cómo las distintas situaciones de exclusión social devienen en estados de labilidad emocional y angustia permanente, asociados a la inestabilidad y la incertidumbre.

Estas mociones afectivas son esperables considerando la experiencia de ruptura que supone la migración y el desplazamiento a nuevos contextos, por lo que hemos identificado la importancia del rol que asumen los profesionales al momento de atender a una persona migrante. Teniendo en cuenta las experiencias de discriminación, racismo, clasismo, malos tratos y arbitrariedades, la vinculación con una institución -personificada en primera instancia por el profesional de atención directa- resulta fundamental para vehicular procesos de inclusión social y ejercicio de derechos. Es por esto que el SJM concibe como elemento esencial el *buen trato*, entendiendo éste no sólo como la ausencia de *malos tratos*, sino como un modo de relación caracterizada por el reconocimiento del otro y la empatía, lo que genera satisfacción y bienestar.

Hemos observado que las personas migrantes tienen la *necesidad de narrar* sus experiencias a un otro, quizás buscando cierta sensación de normalidad, quizás buscando contención, quizás sólo buscando que el propio malestar sea reconocido por un sujeto autóctono. De este modo, la contención del malestar o de una crisis podría prevenir el posible desarrollo de psicopatologías severas.

Sin perjuicio de lo anterior, obviamente hay situaciones que requieren de una atención especializada en salud mental. Hoy desde el SJM enfrentamos el desafío de trabajar con personas víctimas del delito de tráfico de migrantes, quienes han sido engañadas por redes internacionales con la falsa promesa de un ingreso regular a Chile, emprendiendo trayectos de alto riesgo para su bienestar físico y emocional. Esto tiene como resultado que las personas ingresen por pasos no habilitados al país y se vean obligadas a esperar una orden de expulsión por parte del Estado chileno, lo que no les permite acceder a un permiso de residencia y así ejercer sus derechos sociales.

Con estas personas evidenciamos una de las dimensiones más complejas de abordar en un proceso de intervención social, pues no podemos relegar las intervenciones sólo al ámbito jurídico-administrativo. Esta es la autocrítica que realizamos a nuestro trabajo con personas de nacionalidad dominicana, con quienes se vuelve urgente el trabajo sobre las dimensiones subjetivas de su experiencia migratoria, pues en su mayoría se trata de mujeres que en el trayecto hacia Chile han sufrido experiencias traumáticas asociadas a distintas vulneraciones.

6.3. Espacios de encuentro y pertinencia cultural

Al reflexionar sobre las experiencias de las personas migrantes en el ejercicio del derecho a la salud, nos parece importante no reducir la discusión a la problemática del acceso, pues existen otras dimensiones que determinarán la inclusión de estas personas en dicho ámbito. Presentaremos dos situaciones que desde nuestra experiencia consideramos que merman la adherencia de las personas migrantes al sistema de salud.

En primer lugar, observamos que personas que se encuentran en situación migratoria regular y se inscriben formalmente en el sistema de salud, muchas veces no acuden –o dejan de acudir– por experiencias de discriminación y racismo por parte de la población chilena en las salas de espera. Esto sin duda genera resistencias, tanto en la vinculación con la institución como en la continuidad de los tratamientos médicos.

Evidentemente, lo anterior trasciende al marco administrativo y la voluntad de los funcionarios de salud, pues responde a lógicas de discriminación y dominación arraigados profundamente en la idiosincrasia chilena (9). Es aquí donde observamos el mayor desafío que nos plantea la presencia de colectivos migrantes, a saber, en comprender y aceptar que *aquel distinto* es un sujeto de derechos independiente de su lugar de origen. Así, las personas migrantes con que trabajamos nos han manifestado que en ocasiones, los chilenos reclaman públicamente a los funcionarios de salud que los extranjeros tienen mayores beneficios, lo que expresa cierto sentimiento de *invasión y despojo* de bienes que los chilenos consideran exclusivos del nacional. Estas dinámicas las podemos observar en distintos espacios de convivencia, donde se erige el mito que las personas migrantes cuentan con mayores privilegios que la población chilena.

También hemos conocido comunidades de migrantes que frente a los malos tratos recibidos en los centros de salud primaria de sus barrios, han decidido cambiar su inscripción a centros más alejados, donde son atendidos de mejor manera. En este sentido, observamos cómo las experiencias de discriminación determinan la vida cotidiana de las personas, quienes están dispuestas a recorrer largas distancias por una atención de salud digna. De este modo, serán diversos los espacios públicos donde el encuentro entre chilenos y migrantes adquiere tintes de hostilidad y confrontación. Sin embargo, éstos tienen el potencial de convertirse en lugares de reconocimiento, donde se desarrollen nuevas pautas de convivencia.

Junto con las dinámicas de convivencia en los espacios de espera, hemos identificado un segundo factor que determina la adherencia de las personas migrantes hacia los servicios de salud: *la pertinencia cultural* de las intervenciones. En todo proceso de intervención, independiente de su naturaleza (jurídico, médico, social, etc.) el encuentro con personas culturalmente diversas devela cierta tensión entre lo normativo y el reconocimiento. En el ámbito de la salud, observamos que muchas veces los profesionales desconocen las cosmovisiones y prácticas propias en torno a la salud de las personas migrantes, lo que se traduce en intervenciones homogéneas –con tintes de asimilación– que carecen de sentido para quién recibe el servicio. Así, las personas migrantes no continuarán tratamientos médicos que no reconozcan su particularidad cultural, lo cual podría tener importantes consecuencias cuando se habla de prevención y control de enfermedades.

A modo de ejemplo, podemos mencionar que hemos recibido inquietudes por parte de equipos profesionales en torno a las pautas de alimentación del colectivo haitiano. Funcionarios de distintos centros de salud y jardines infantiles muestran preocupación por la alimentación de niños y niñas haitianas, quienes –según relatan los profesionales– recibirían alimentos poco adecuados según los cánones de alimentación utilizados en Chile. Cuando no se conocen las pautas alimenticias de su país de origen –y por lo tanto no se consideran al momento de intervenir– las prácticas se ejecutarán en base a *la norma*, invisibilizando la particularidad, lo que podría leerse desde la persona migrante como una denegación de la propia cultura, determinando así la adherencia a estos procesos. De esta manera, resultaría provechoso generar investigaciones que contemplen este fenómeno de estudio, a modo de transmitir conocimiento que pueda ser incluido en las intervenciones directas, tanto en el ámbito de salud como también en el ámbito de la intervención social.

En suma, los dos factores presentados en relación al uso de los servicios de salud –espacios de convivencia y pertinencia cultural– reafirman que este derecho es una dimensión fundamental para las personas migrantes, pero se requieren transformaciones que garanticen el reconocimiento y la inclusión de estas personas como usuarios con determinadas particularidades. Desde un enfoque de competencias culturales, resulta relevante entender que las transformaciones atañen tanto a lo institucional como a lo personal.

A continuación, destacamos cinco elementos a considerar para el trabajo con personas culturalmente distintas (10):

- 1) Valorar la diversidad, es decir valorar la forma en que los usuarios definen salud, bienestar, educación, etc.
- 2) Tener la capacidad de autoevaluarse culturalmente.
- 3) Ser consciente de la dinámica inherente a la interacción entre las culturas.
- 4) Contar con conocimientos culturales institucionalizados.
- 5) Haber adaptado la prestación de los servicios para que refleje una comprensión del pluralismo cultural.

Tomando en cuenta estos elementos, consideramos que el sistema de salud público tiene la oportunidad no sólo de garantizar el acceso, sino también de avanzar un paso más en torno a la calidad y la pertinencia de sus prácticas.

7. Conclusiones

La complejidad del fenómeno de la migración, además de las características de los nuevos flujos migratorios que llegan a Chile, evidencian la urgencia de transformar las prácticas institucionales en salud y **garantizar el acceso universal para las personas migrantes**. Si bien se reconocen avances concretos en esta materia, las experiencias de las personas con que trabajamos develan importantes desafíos y tareas pendientes.

En primer lugar, nos parece fundamental institucionalizar los cambios administrativos que se han generado, enfocándose en la transmisión y capacitación sobre los procedimientos mediante los que se materializan las modificaciones realizadas. Observamos una importante brecha en torno al manejo de información actualizada por parte de funcionarios de atención directa, lo que genera discrecionalidades que vulneran los derechos de las personas migrantes. En este sentido, se debe avanzar además en generar incentivos que fomenten el buen trato y el cumplimiento de las nuevas directrices en la atención de personas migrantes.

En segundo lugar, retomando las ideas planteadas sobre la pertinencia de las intervenciones, resulta fundamental la actualización y mayor conocimiento respecto a las patologías que pueden sufrir las personas migrantes en Chile. De no generarse este paso hacia intervenciones que consideren lo cultural, nuestras prácticas siempre tendrán un componente normativo y asimilacionista, al no reconocer y valorar aquellas particularidades culturales. Una vez garantizado el acceso universal, el desafío es institucionalizar prácticas de salud culturalmente pertinentes, lo que se relaciona con la calidad de los servicios.

Por último, considerando la problemática de la adherencia a los servicios de salud que hemos presentado, hacemos la invitación a asumir el desafío de transformar los espacios de convivencia entre personas migrantes y chilenas, en espacios libres de racismo y discriminación. La interacción positiva permitirá el reconocimiento de los colectivos migrantes, en la medida que sean activos participantes de las intervenciones de salud a las que acceden.

8. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

La temática de migración y salud en Chile presenta distintos desafíos que involucran a distintos actores. En primer lugar, identificamos como desafío el que el Sistema de Salud garantice el acceso universal a las personas migrantes, sin importar su situación migratoria. Avanzar, mediante capacitaciones en la superación de prácticas discriminatorias y arbitrarias de los funcionarios de atención directa hacia las personas migrantes. También identificamos la necesidad de que las intervenciones en salud avancen en pertinencia cultural y generen conocimiento sobre las visiones y prácticas de salud de las personas migrantes, para esto también proponemos avanzar en la inclusión de mediadores interculturales en los servicios de salud, que permitan una mayor comprensión de las particularidades de los colectivos.

Por otra parte, parece clave potenciar la participación de personas migrantes en los Consejos Consultivos de salud y realizar campañas de sensibilización y promoción de los derechos de las personas migrantes con el fin de superar la hostilidad que éstas experimentan en los espacios de espera.

Finalmente, frente a la necesidad de conocer y estudiar las visiones y prácticas de salud de los principales colectivos migrantes, se propone realizar alianzas con Universidades que permitan levantar conocimiento en torno al tema y crear comisiones sobre el tema, donde participen los distintos profesionales de los establecimientos de salud.

Tabla 1

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar acceso universal para personas migrantes, sin importar su situación migratoria. Discriminación y arbitrariedades por parte de funcionarios de atención directa. Pertinencia cultural de intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación a funcionarios sobre los derechos de las personas migrantes. Generar incentivos en torno al buen trato y aplicación de acuerdos intersectoriales por parte de los funcionarios de atención directa. Generar conocimiento en torno a las visiones y prácticas de salud con que llegan las personas migrantes. Incluir mediadores interculturales a los equipos de trabajo, que permitan mayor comprensión sobre las particularidades de cada colectivo migrante.
Dimensión: Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Hostilidad de personas chilenas hacia personas migrantes en espacios de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> Campañas de sensibilización y promoción de derechos de personas migrantes. Potenciar participación de personas migrantes en Consejos Consultivos de Salud.
Dimensión: Políticas intersectoriales en el ámbito de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de acuerdos intersectoriales por parte del funcionario de atención directa. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación a funcionarios de atención directa sobre los acuerdos intersectoriales. Generar incentivos para atención de población migrante.
Dimensión: investigación sobre prácticas de salud de colectivos migrantes.	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento sobre las visiones y prácticas de salud con que llegan las personas migrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Convenios con centros de investigación de Universidades. Crear comisión específica sobre interculturalidad, que congregate a profesionales de distintos estamentos en cada establecimiento de salud.

9. Referencias

- Rojas, Nicolás. La exclusión social: Propuesta Conceptual hacia un nuevo paradigma para nuestra misión. Documento interno Obras Sociales SJ Chile; 2013.
- Subirats, Joan, Goma, Richard, Brugue, Joaquim. Análisis de los factores de exclusión social. Fundación BBVA, Documentos de Trabajo N°4; 2015.
- Encuesta Caracterización Socioeconómica (CASEN); 2013.
- Rojas, G. et al. Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. Revista Médica de Chile.2011; 139 (10): 1298-1304.
- Rojas, N. y Vicuña, J. Migración y Trabajo. Estudio y propuestas para la inclusión sociolaboral de migrantes en Arica. Servicio Jesuita a Migrantes, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Centro de reflexión y acción social (CREAS); 2014.
- Universidad Diego Portales. Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. En Informe anual sobre derechos humanos en Chile, Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales; 2013.
- Alvarado, R. Salud mental en inmigrantes. Revista Chilena de Salud Pública.2008; 12 (1):37-41.
- Becerra, M. y Altimir, L. Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. Instituto Chileno de Terapia Familiar. Revista De Familias y Terapias.2013; 22(35):101-118.
- Tijoux, María Emilia. El otro inmigrante "negro" y el nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones. Boletín Onteaiken.2014; 17.
- Martínez, M., Martínez, J., Calzado, V. La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social. Revista Intervención Psicosocial. 2006; 15(3): 331-350.

10. Acerca de los autores

Felipe Calderón Guzmán, BSc

Psicólogo con mención en Psicología Clínica de la Universidad Alberto Hurtado. Experiencia de trabajo con población migrante, contextos interculturales y comunidades en situación de vulnerabilidad social. Trayectoria en servicio y voluntariado profesional. Trabaja desde el año 2014 en el Servicio Jesuita a Migrantes, desempeñándose como Responsable del Programa de Atención Social.

Email: felipe.calderon@sjmchile.org

Florencia Saffirio Palma, MSc(c)

Trabajadora Social Pontificia Universidad Católica de Chile y Candidata a Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Desde el año 2014 se desempeña como Coordinadora Nacional del Área Social del Servicio Jesuita a Migrantes. Con experiencia en trabajo con: comunidades locales, población en situación de vulnerabilidad, gestión comunitaria, temáticas de género, interculturalidad y políticas sociales.

Email: florencia.saffirio@sjmchile.org

Capítulo 5

Salud y migración laboral en Chile: historia y comprensión para el mejoramiento de las políticas públicas desde los desafíos de las actuales migraciones. Una mirada desde el INCAMI

José Delio Cubides Franco, MSc

Asesor socio-jurídico en regularización en
Instituto Católico Chileno de Migración.

Katherine Constanza Vásquez Gallardo, MSc

Coordinadora Bolsa de Empleo Instituto Católico
Chileno de Migración.



ARICA	15
IQUIQUE	315
ANTOFAGASTA	717
SANTIAGO	2085

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Conocemos del aumento de personas migrantes en Chile.
- Conocemos que la legislación migratoria en Chile es anacrónica.
- Que hay circulares que buscan reglamentar el acceso a derecho de los migrantes en Chile, pero se desconoce su contenido específico.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- El aporte de este capítulo es resaltar un hecho concreto: si bien hay normativas que reglamentan el acceso a la salud para personas migrantes, la información no siempre llega a las personas que atienden a los migrantes en los servicios públicos de salud, por consiguiente buscamos relevar el hecho puntual de la falta de cobertura en salud para los migrantes hasta el momento de la tramitación de su visa. Este es un periodo que podría oscilar entre los dos meses y los 4 meses, vulnerando aún los derechos de las personas migrantes.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Un registro automático de la persona migrante para acceso a servicios públicos de salud independiente de su condición migratoria.
- Capacitación y actualización de funcionarios de servicios públicos en salud.
- Inter-comunicación o inter-sectorialidad de los Ministerios del Interior, de Salud y de Relaciones Exteriores.

d) **Palabras clave:** Migrante, visa, contrato de trabajo, ingreso clandestino

2. Antecedentes

Desde la gestión de las migraciones en Chile es una novedad al cual el país se ve enfrentado en los últimos años. Las cifras del total de personas migrantes en Chile no han superado nunca el 3% (1), con respecto a la población total. La gestión de las migraciones ha reconocido la necesidad de actualizarse para responder al contexto actual. En democracia varios son los compromisos que el país asumió con respecto a las personas que se encuentren en su territorio, entre ellas, los migrantes. Entonces, responder a los compromisos del país en términos de responsabilidad significa actualizar en sus normativas toda la letra grande y letra chica de lo que el país aceptó como complemento de la propia Constitución Política.

En términos internos, es claro que el nivel de desempleo en Chile nunca ha extrapolado el 7%, al menos en los últimos años. Si bien es cierto, que la causa por la cual los migrantes vienen a Chile no es sólo de corte laboral, sí es la que atrae un amplio margen de personas. Chile ha reflejado también un nivel de decrecimiento en las tasas de natalidad, lo que entre otras cosas se traduce en la dificultad que pueda tener el país para mantener el régimen pensional y donde, la migración reciente, caracterizada por ser mayormente joven, aporte como fuerza demográfica y como fuerza laboral. Pero esta realidad se ve complementada en que el país comprende también que los migrantes son sujetos de derecho y de derechos. Por tales circunstancias considerar el acceso a derechos es un imperativo no solo como compromiso sino como deber social, público y privado.

La consideración del acceso a la salud es un derecho que paulatinamente se ha implementado de acuerdo a las necesidades en el país, pero falta lanzar una mirada a futuro para anticipar ciertas situaciones y el acceso a la salud es un derecho que debe garantizarse por ley a todas las personas que residan en el territorio nacional. Debemos anticipar que las migraciones son una característica de nuestro tiempo no solo a nivel local, regional sino mundial. Chile se ha posicionado en la escala de los países destino para muchos migrantes, por consiguiente cabe pensar una forma de anticipar el acceso a derechos. Muchos sectores planteamos la necesidad de un proyecto para Chile, que regule las migraciones, pero se requiere ser responsables y pensar que una migración programada supondría la posibilidad de atender a los migrantes desde las políticas públicas y entre ellas, no de poca importancia la salud.

Introducimos en el conocimiento de lo que el país ha priorizado en la gestión de la salud y cómo esta se ha implementado en la actualidad y cómo se da para los migrantes, es nuestro caso específico. Hay ciertas situaciones en las cuales vemos que es necesario trabajar para garantizar el acceso a la salud para los migrantes, quienes en cierta medida se posicionan como sujetos vulnerables por distintas medidas y en el caso de los migrantes en condición irregular, el acceso a la salud es un desafío para los actores involucrados y un compromiso para el país. Observaremos a lo largo del capítulo que queremos resaltar la historia del país en términos de salud y migración hasta llegar a la gestión actual de las migraciones y encontrar perspectivas para el mejoramiento de las políticas públicas dirigidas a las personas migrantes.

3. Propósito

Debe considerarse que el mayor criterio para garantizar el acceso a la permanencia definitiva lo constituye el pago de imposiciones por parte de los migrantes y sus empleadores. Por consiguiente, el factor contribución previsional de los migrantes es una forma de dar un aporte para cubrir también los gastos que se puedan generar y una forma de hacerse parte del país que los recibe. Para Mons. Scalabrini ya hacia 1888, quien fuera conocido como "Apóstol de los migrantes" por su incansable labor de acompañamiento a las migraciones de su tiempo y de su contexto, *"para el migrante, la patria es la tierra que le da el pan"*.

Esperamos ser un aporte para la realización plena del cubrimiento en derecho a salud para los migrantes que han hecho de este país, también su país y no para denunciar, sino para mostrar que los migrantes nos envuelve a todos de alguna forma, ya sea porque vivamos la migración en algún momento de nuestra vida, o, porque consideramos la necesidad de garantizar este derecho para todos los que amamos o conocemos, en el lugar en el que se encuentren.

4. La salud en Chile en los siglos XIX y XX

Haremos una breve mención a algunas situaciones que, en la historia, ha presentado el país en el desarrollo de normativas en salud, como también en la forma en que su gestión fue evolucionando. A la par, quisiéramos hacer una paráfrasis breve de algunos acontecimientos migratorios que venían suscitándose en el país.

Vale la pena considerar esta historia de Chile con la lectura de los migrantes como aporte, como usuarios, como contribuyentes y como sujetos, a veces excluidos por ser migrantes. El acceso a derechos lamentablemente en muchos de nuestros países solo se consigue mediante luchas que en buena parte de los casos, constituyen la lucha por el reconocimiento (2), como comunidad, como sujetos y como sujetos de derecho.

Pensar la salud es pensar en un derecho inherente al ser humano. Todos somos sujetos de las vicisitudes y contingencias de lo que significa la enfermedad y el dolor físico e incluso la muerte. Por consiguiente encontrar formas de paliar estos se constituye en la posibilidad de obtener un

mejor pasar y esto no es un derecho que deba estar sujeto a una condición administrativa, es un derecho humano. Es hacia 1552 en que don Pedro de Valdivia, en seguimiento de lo plasmado en el Código de Indias funda el primer hospital del país. Es el Hospital San Juan de Dios. Los terrenos donde viniera a construirse, habían sido donados por don Juan Fernández de Alderete, con la intención de ser iglesia y hospital, como correspondía a la forma en que desde España indicaba una fundación, que se constituyera una iglesia y un hospital. Inicialmente tendría por nombre Hospital Nuestra Señora del Socorro (3).

En sus inicios, el hospital contaba con un médico, un cirujano, practicantes y barberos y en ese entonces, la ciudad de Santiago contaba con aproximadamente 3000 habitantes, de los cuales, 700 eran españoles, 2000 eran indígenas y 300 personas eran negros (3). Es a partir de 1810 donde aparecen algunas incipientes normativas y formas de regular la higiene y la posible preocupación por la salud, buscando contrarrestar enfermedades como la viruela, la sífilis y el cólera. Estas primeras normativas enfatizan en normas higiénicas, leyes y reglamentos, pero sin carácter orgánico (4).

En 1824 aparece la *Ley sobre Inmigración de Colonos*, que se enmarca en el hecho de la inmigración del sur del país por colonos alemanes y la preocupación del momento consistía en poblar las zonas australes, para lo cual se buscaba traer familias que en lo posible ejercieran una actividad por cuenta propia, como fábricas de lino, cáñamo, cobre y las materias primas de producción nacional. Esta legislación se complementa hacia 1845 con la Ley de Inmigración Selectiva o Ley de Colonización que buscaba privilegiar la llegada de personas que pudieran ejercer una actividad, enmarcados mayormente hacia la agricultura o áreas industriales, de ahí que se confiara buena parte de la gestión de esta ley a la SOFOFA (5).

La proliferación del barco a vapor, trajo consigo la llegada de personas de fuera y como tal, facilitaba, de alguna forma, algunas enfermedades que no se tenían en el país, dado el escaso control. En el caso de Chile, al tratarse aún de poblados pequeños y habiendo condiciones de insalubridad de casas pequeñas o habitaciones de tipo popular que puedan surgir en las periferias de las ciudades, emergen con más facilidad problemas de tipo sanitario e higiénico.

La difícil situación de las ciudades pequeñas facilitó la proliferación de enfermedades y de la mortalidad de personas más vulnerables como niños, ancianos y mujeres en estado de gestación. Toda esta situación llamó entonces la atención del personal médico y de los profesionales de la salud en los campos de la medicina. Por tal motivo se toman algunas medida que ayuden a disminuir la situación como falta de higiene y se comienza a estimular la administración sanitaria en las ciudades, dentro de lo cual estuviese, el aseo de las calles de la ciudad, reubicación de lugares de sacrificio de animales, el abastecimiento de agua potable, el alcantarillado y toda una catequesis sobre el aseo (4).

Según Ibarra (4), hacia 1882 aparecen en Chile las *Juntas de Vacunación* y hacia 1886 la Ley de Policía Sanitaria buscando atacar una posible epidemia de cólera. En enero de 1887 se establece la *Junta General de Salubridad* por don José Manuel Balmaceda. Esta última buscaba prestar asesoría al gobierno en temas de salud y adelantar formas de prevención y atención de enfermedades. Asimismo, hacia 1892 el Presidente Balmaceda promulga la Ley de Higiene Pública, creando con esto el *Consejo Superior de Higiene* y como también el *Instituto de Higiene*. Hacia 1924 estos anteriores organismos son suprimidos y absorbidos por la Dirección General de Sanidad.

A partir de este momento se inicia una atención municipalizada de los servicios de salud lo cual hizo que las leyes municipales fueran las encargadas de aplicar las normativas y leyes sanitarias establecidas en el país. Esto se normalizó mediante la ley de 1887, dando plenas facultades y obligaciones a las municipalidades en torno a temas de salubridad (4).

Hacia 1898 se crea la *Inspección Sanitaria*, estableciendo dos puestos para inspectores sanitarios, médicos nombrados directamente por el señor presidente de la República. No obstante esto, hacia 1899 mediante la ley de febrero de ese mismo año se empieza a legislar sobre enfermedades infecciosas como cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, difteria, viruela, tífus, escarlatina y lepra.

Para el siglo XX cabe resaltar entre otros factores que Europa se preparaba de alguna manera, un escenario que desembocaría en la I Guerra Mundial trayendo consecuencias también para Chile, las cuales consideraremos tangencialmente. Hacia 1903 se liberan recursos para la creación de los primeros *Desinfectorios Públicos* en algunas ciudades del país. La Ley 1838 de *Habitaciones Obreras* promulgada en febrero de 1906 busca dar un apoyo a la construcción de cuartos mucho más higiénicos para personas de clase proletaria. Según Ibarra (4), esta podría considerarse como la primera política social del país en materia sanitaria, del siglo XX.

Hacia 1905 se publica en Chile el *Reglamento de Inmigración Libre*, el cual caracteriza y acepta como migrante en el país a toda persona o individuo proveniente de Estados Unidos o de Europa, que fuese agricultor, minero, comerciante o industrial, menor de 50 años y que hubiese llegado al país a través de las Agencias de Inmigración. En consecuencia de esto, hacia 1907 llegaron al país aproximadamente 8810 personas (5).

El primer *Código Sanitario Chileno* aparecería apenas en 1918, este regulaba la administración sanitaria central por parte del Gobierno, del Consejo Superior de Higiene y al mismo tiempo, la administración sanitaria municipal a cargo del Consejo Municipal. Como organismo técnico sigue existiendo el Instituto de Higiene. En 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social y esto ya se presenta como una forma de consolidación estatal que de alguna manera centraliza la gestión en atención sanitaria y un cierto alcance de profesionalización de atención de la salud pública para el país. Esto se complementa, también de alguna manera, con la creación del Seguro Obrero Obligatorio bajo la Ley No. 4054 de 1924, pues garantiza el seguro de enfermedad, invalidez, salud y muerte para las personas trabajadoras en el país (4).

Hay que mencionar que este Código se complementaba con el Código de 1925 pues viene a cubrir necesidades que el anterior código no protegía. Este establece una *Dirección General de Sanidad, el Consejo de Higiene, el Servicio de Salubridad*, divide el país en zonas sanitarias para su respectiva atención, el cargo de Jefe Sanitario de Zona, la administración sanitaria local de las municipalidades, y las obligaciones pecuniarias de éstas. Prontamente este Código fue superado por el Código Sanitario de 1931, el DFL No. 266. Finalmente, aparece el Código de 1967 mediante el DFL No. 725. Este Código tendrá entonces el encargo de la prevención, la protección y la garantía del acceso a la salud de todas las personas dentro del territorio nacional (4).

En 1924, en el Gobierno de Arturo Alessandri (1920 - 1925) encontramos una serie de leyes, que algunas conocemos en nuestros días, las cuales tienen un amplio carácter social, desde las cuales cabe resaltar el *Contrato de Trabajo, el Seguro Obrero, la Ley de Accidentes de Trabajo, Tribunales de Conciliación y Arbitraje, la Ley de Organización Sindical*. Al respecto de esto, (4) nos resalta que es importante recalcar la creación de la *Caja de Seguro Obligatorio*, mediante Ley No. 4054.

La Ley No. 5402 de febrero de 1934, aprobada por el Congreso Nacional exigía que ningún extranjero podía permanecer en el territorio nacional si no poseía su pasaporte visado por la autoridad consular respectiva (Art. 1) y punía a los infractores con penas de prisión de 60 días, conmutables por multa de 100 pesos. Además esta ley contaba con precauciones para con las personas desertoras de naves extranjeras venidos al país al servicio de empresas de pesca, especialmente por temas de sanidad y salud pública, pues se pensaba que las enfermedades vendrían de fuera (5).

Hacia 1936 se realiza la *Primera Convención Médica de Chile*, como también se hace la Convención de la Caja de Seguro Obligatorio, pues ya tendría diez años de existencia. Hacia 1942 se crea el Servicio Nacional de Empleados, conocido como SERMENA que se encargaba de la atención médica y dental de los empleados públicos, como también privados en el país, también se reúne en este servicio la caja nacional de empleados públicos y periodistas, el departamento médico de la caja de previsión de empleados particulares, y otros, y, se crea la modalidad de bonos o de libre elección. Por su parte, el Sistema Nacional de Salud (SNS) atendía a los obreros y al resto de la población en el país. Este servicio se agrupaba bajo el paraguas del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

El Decreto No. 640 del 28 de abril de 1939 contextualizado en los acontecimientos relativos a las dos guerras, restringió la inmigración en general, limitándola a los parientes en primer grado de los extranjeros ya radicados y con residencia mínima de dos años en el país. El Decreto No. 120 de 18 de enero de 1946 tenía como finalidad ayudar a los migrantes recién llegados, quienes, debido a la crisis ocasionada por la guerra, no contaban con medios de subsistencia. Llegaron a Chile personas caracterizadas como inmigración libre, porque venían con el objetivo de avocindarse en él por su propia cuenta. Este Decreto, normaliza el ingreso de los extranjeros al país, enunciando que a la persona que se le otorgue ingreso, se le dará una cartilla de inmigración. Esta era una forma de recopilar datos acerca de la persona y su familia y servía para dar datos acerca de su capacidad profesional y laboral sino también de su estado de salud y su condición física buscando de alguna manera, seleccionar quienes venían al país. Aquí aparece una de las primeras gestiones sanitarias hacia los migrantes y quizá una de las únicas en la historia de la normativa migratoria chilena hasta las que conocemos recientemente como acuerdos inter-sectoriales dadas a partir del 2000 (5).

Hacia 1950 la atención médica en el país estaba a cargo de dos instancias: la *Beneficencia*, la cual administraba en su haber hospitales y consultorios externos y que tenía el encargo de prestar la atención médica gratuita hospitalaria a los "indigentes", como también, la prestación de servicios pagados, a los obreros con respecto a cobros en la respectiva Caja. Por otro lado, el *Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero*, que tenía a su haber algunos consultorios, las postas, como también la atención médica rural (4). Este es un hecho importante de considerarse, dado que esto traerá a futuro las primeras consideraciones donde recientemente se atenderá a las personas migrantes, como lo vemos actualmente, en la medida en que al migrante con documentación en trámite se le reconocen los derechos bajo la categoría de "indigente" cuando tiene documentación acogida a trámite y cuando no cuenta con ningún tipo de previsión en salud. No así para los migrantes con contrato de trabajo como dependientes. En cuanto a la formación de profesionales en el tema de salud, hacia 1934 se creó la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, la cual se encargaba de la formación de personas en condición técnica en salud.

El Decreto No. 521 de octubre de 1953 que reglamentó la aplicación del Decreto con Fuerza de Ley No. 69/53 instauró el uso de la Cartilla de Inmigración, que como documento registraba a los extranjeros y sus familias consistía en un documento que se otorgaba a todo extranjero que tenía la intención de radicarse en Chile. Era otorgado por el Departamento de Inmigración y mostraba los datos de la persona, vínculos familiares directos, examen de salud e informe confidencial del cónsul, actividad que piensa desarrollar en Chile, entre otros. Consideraba en su artículo 7º un " ... examen médico del interesado y de las personas que lo acompañan, con el certificado de salud correspondiente de cada uno de ellos y con los antecedentes de inmunizaciones de viruela, fiebre aftosa y difteria..." (5, Pág.7).

Hacia 1973 con el Golpe Militar y con la caída de la democracia se produce todo un esquema de revisión de las formas de atención mediante la consideración de los proyectos sociales en términos de salud. Es de notarse que el cambio en las estructuras del país caminaban entonces hacia una neo-liberalización del mercado nacional y esto incluiría a, la atención en salud. En otras palabras, se trataría entonces de una amplia privatización de la atención en salud (4).

Hacia 1979, gracias al DFL No. 2763 se fusiona el SNS y el SERMENA, se reestructura el papel del Ministerio de Salud y se crea también el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entre otras modificaciones. En 1981 se inicia el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria y mediante el DFL No. 3626 y con el DFL No. 3 se establece el surgimiento de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Inicialmente la cotización obligatoria era del 4%, lo cual actualmente deviene desde 1986 en un 7% del ingreso imponible en el contrato de la persona. Las personas en categoría Indigente tienen un trato de acuerdo a clasificación de FONASA.

La atención en FONASA se da en dos modalidades, la modalidad institucional, a partir de la cual las personas pueden recibir atención en las postas médicas, consultorios y hospitales, pudiendo elegirlo, como también elegir el profesional. Por otro lado, existe la modalidad de libre elección, donde la persona busca atención con prestadores individuales privados, siempre y cuando estén registrados en esta modalidad. Para el caso de las personas migrantes, deben acceder a Fonasa A – Indigente, en la modalidad institucional y como tal, excluidos de la modalidad de libre elección. Esto se da, solamente en el caso de tener documentación en trámite, cuya explicación entraremos a dar posteriormente.

Chile tuvo una preocupación por normatizar la higiene y en el caso de los extranjeros, inicialmente se hizo, como control de manera preventiva y queriendo programar la migración hacia Chile, se buscaba que la persona llegara al país por las vías de las Agencias de Inmigración de manera regulada. Esta regulación partió con el uso de las Tarjetas de Inmigración y las Cartillas de Inmigración, pero no fueron más allá de hacer controles respectivos.

5. La salud en la Constitución Política de Chile y en los tratados internacionales que Chile ha ratificado

La actual Constitución Política de Chile data de 1980. Es así que en artículo 19º y en su numeral 9º se asegura a toda persona dentro del territorio nacional, el acceso a la protección en salud. Pero, ¿qué significa esto? y cabe responder que el preámbulo de Constitución de la Organización Mundial de la Salud nos responde y esta respuesta permanece incólume y nos dice refiere, entre otras palabras a, un estado *de bienestar físico y mental y que no se puede referir sólo a la ausencia de enfermedades.*

En consecuencia de lo anterior, la consagración de la protección en salud, presente en la Constitución Política de Chile, *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado...”* (6, Art. 19)

Cabe enfatizar que la introducción al No. 9º menciona claramente el acceso a la protección en salud, pero, ¿qué significa esto? Según Ibarra (4). Esto podría interpretarse de dos formas: la primera haría alusión a que la autoridad no podría realizar acciones que perjudicasen o fuesen en contra de la salud de las personas y que debe hacer lo que sea necesario para resguardar la salud de las personas. Esto sin distinción alguna. Por sí mismo, el Estado tendrá como obligación proteger y promover para que tanto instituciones tanto públicas como privadas hagan lo mismo con la salud de las personas y que coexista tanto el servicio público como el privado para que la persona tenga derecho a escoger cuál desea.

Pudiéramos también mencionar otros artículos en los cuales de alguna manera se garantice el derecho a la salud y a la protección de las personas en la Constitución Política de Chile, como la garantía al derecho a la vida y a la vida del que está por nacer (6. Art. 19, No. 1), así también en el artículo 18 menciona el derecho a la seguridad social. En la Constitución Política de Chile se consagra entonces la protección de la salud en la cual el papel del Estado busca ser garante de la protección de las personas y de su salud, como también de tomar las medidas que sean necesarias para el resguardo de la salud.

En el plano internacional, diversos son los instrumentos que Chile ha firmado o ratificado y que en virtud del artículo 5º de la Constitución Política de Chile dan obligatoriedad de ley a estos. Entre ellos, cabe resaltar el Artículo 25º el cual reza en su numeral 1: *“ Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”* (6).

Por otro lado, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual Chile ha firmado el 16 de septiembre de 1969, en su artículo 12º, Numeral 1 menciona: *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”* (7). De la misma manera, el numeral 2do del mismo artículo enlista una serie de acciones que los Estados deberán adoptar en el cumplimiento del compromiso asumido, en materia de salud.

El Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el “Protocolo de San Salvador”, el cual ha sido firmado por Chile el 05 de junio de 2001, presenta el artículo 10, el cual tiene por título “Derecho a la salud” y en sus numeral 1o dice: *“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”* (8) y por su parte, en numeral dos enfatiza en la salud como un derecho público y enuncia una lista de funciones y acciones que los Estados partes deben comprometerse: *“a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y, f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.”* (8)

Cabe enfatizar que hasta ahora, todos estos instrumentos firmados por Chile reconocen la extensión y cobertura de los servicios mencionados a “todas las personas dentro del territorio nacional o dentro de la jurisdicción del Estado” y cabe acotar que no se hace reserva alguna. Para finalizar, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, la cual es tenida como el termómetro de la postura de un país con respecto a los migrantes.

Chile firma la Convención en 1990 y la promulga en el 2005. En el artículo 7º, los países miembros se comprometen a no discriminar en el reconocimiento de los derechos humanos sin distinción alguna; en el artículo 25 compromete a la no discriminación con respecto a los nacionales; el artículo 28 reza: “Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.” (9). Este artículo de manera clara evidencia el compromiso de los países firmantes y las obligaciones contraídas con los migrantes en sus territorios, independientemente de su situación de regularidad o irregularidad en el país. Este será el talón de Aquiles que nos hace considerar la postura central de nuestra reflexión: considerar el derecho al acceso a la salud por parte de los migrantes, sin condición alguna.

Considerados ya la historia del país y la aclaración en torno a las modalidades de acceso a la prestación de servicios médicos y la obligatoriedad legal por vía constitucional sobre los acuerdos firmados por Chile a nivel internacional, se nos permite aquí generar un sumario para considerar la situación de los migrantes en el país delante de la espera de la obtención de documentos para acceder a la salud.

6. Las migraciones actuales y el acceso a la salud en Chile

El Anuario Estadístico Nacional 2005-2014 (6), presentado en febrero de este 2015 por parte del Departamento de Extranjería y Migración es un reflejo del aumento en la llegada de personas migrantes al país, mayormente desde el año 2010. El Anuario (10) muestra una estadística al 2014 de un total de 410.988 personas en Chile. De la misma manera hace un recorrido por el total de la población migrante presente en Chile, constatando lo que mencionamos. El Censo de 1982 evidenciaba un total de 83.805 migrantes. El Censo de 1992 evidenciaba un total de 105.070. Diez años después el Censo de 2002 mostraba ya un aumento de más del 100% en la medida en que mostraba un total de 195.320. Hacia el 2014, el Departamento de Extranjería y Migración presenta una estimación de 410.988 personas migrantes presentes en Chile.

En la actualidad podríamos considerar que el total de personas migrantes en Chile sobrepase los 470.000 personas. Esto lo decimos con conocimiento de causa, toda vez que el INCAMI atiende un total de aproximadamente 1000 personas mensualmente en sus servicios de atención a los migrantes y cuenta además con delegaciones en la mayoría de las regiones del país.

De la misma manera, el Anuario (10) presenta de manera sucinta las principales colectividades de migrantes que hacen presencia en el país y muestra que esta lista está encabezada por personas provenientes de Perú, Argentina, Bolivia, Colombia y Ecuador, como clara evidencia esto de que la migración en Chile es mayormente regional. La atención del INCAMI muestra que en los últimos años, ha habido un aumento también de personas provenientes de República Dominicana, Haití y Venezuela.

También de manera general cabe mencionar que la normativa que regula el ingreso, egreso y regularización de los migrantes en Chile corresponde al Decreto Ley 1094 de 1975, una legislación con todas las críticas habidas y por haber por parte de amplios sectores de la sociedad civil y por organizaciones de migrantes y que podríamos resumir mayormente en su anacronismo, pues corresponde a un momento de Chile y del mundo muy distinto al actual. De la misma manera, también porque no reúne en sí los acuerdos que Chile ha firmado de manera internacional a partir del regreso de la democracia en 1990. Cabe afirmar que ha habido acuerdos intersectoriales que en buena instancia buscan dar solución a las falencias de la ley en materia de derechos y que solucionan circunstancias puntuales pero que no dan una solución objetiva y de fondo en derechos que deberían estar garantizados de manera positiva desde una legislación concreta, actual y adecuada al Chile de nuestros días.

7. Límites en el acceso a la salud para migrantes en Chile

Evidenciamos un estado de desprotección del migrante, en términos de acceso a la salud, desde su llegada al país, hasta contar con documentación en trámite. Existen normativas paliativas que buscan suplir las carencias dejadas por la aplicación de una normativa migratoria anacrónica, pero estas no han alcanzado a cubrir algunos vacíos laborales y entre ellos, la mayor dificultad radica en la aplicación práctica en los diferentes centros de salud para conceder atención médica a personas migrantes, mayormente cuando carecen de documentación en el país.

Actualmente la atención a la persona migrante, en buena medida está garantizada por la ley, pero se otorga solamente en situaciones de atención primaria. Hay normativas que otorgan beneficio de gratuidad a las personas migrantes, pero la mayor problemática podríamos centrarla en la falta de conocimiento de las circulares que implementan estos centros médicos y que en buena medida se traduce en que se niegan servicios médicos, no obstante estén garantizados por ley o por circulares que actualizan la implementación de ciertas normas.

Cuando hablamos de medidas paliativas nos referimos a los acuerdos intersectoriales que el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile ha firmado con otros ministerios, en nuestro caso, con el Ministerio de Salud. Estas medidas intersectoriales que permiten un saneamiento de las necesidades básicas, lógicamente no incluidas en el Decreto Ley 1094 de 1975, no incluyen en su totalidad la garantía del acceso a la salud como derecho que protege a todos los migrantes.

El Art. 28º de la Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migratorios y sus Familias, como ya lo vimos, menciona la garantía y acceso al derecho a la salud en el país donde se encuentren, en igualdad de condiciones que los nacionales e independientemente de su situación migratoria. Esto mismo es afirmado recientemente en la Circular 15/06 del 09/06/2015 de la División Jurídica del Ministerio de Salud y esta Circular evidencia el compromiso del país en el acceso a la salud para las personas migrantes, lo único que aún nos hace ruido es que la implementación y socialización de una Circular como esta no siempre se conoce por los responsables de atención de los servicios de salud. Esta Circular se ha visto recientemente contenida y ampliada en la Circular A1504 del 13/06/2016, que extiende los beneficios de acceso en salud para tratamientos de larga duración, entre otras cosas.

Por otro lado, existen Convenios Inter-sectoriales entre el Departamento de Extranjería y el Ministerio de Salud como el Oficio Circular N°1179, de enero 2003, Departamento de Extranjería y Migración y el Oficio ORD-A-14 N° 3229 de Junio 2008, Ministra de Salud, el cual garantiza la especial protección de la maternidad, otorgando visación a la mujer que se encuentre en estado de embarazo; la Resolución Exenta. N° 1914 de Marzo de 2008, conocido como *Convenio que facilita el acceso al sistema público de salud de niñas, niños y adolescentes*.

Aunque existan estos acuerdos, ellos están supeditados a la consecución de un contrato de trabajo, ¿qué significa esto? En la actualidad se permite que una persona migrante pueda acceder a los servicios prestados por FONASA en calidad de Indigente (FONASA A) cuando ha recibido la primera respuesta del DEM. En términos concretos, esto sucede en promedio al mes y medio de haber enviado la solicitud de visación y cuando el DEM inscribe la solicitud de la persona. Solo a partir de este momento la persona podrá acceder a inscripción como beneficiario de FONASA A. La preocupación nuestra reside en que acceder a esto supone, para un amplio número de migrantes, poder acceder a las condiciones para postular a una visa de residencia en el país. Para un buen número de migrantes, esto se consigue mediante un contrato de trabajo, ya que buscan acceder a la Visa Temporaria por Motivos Laborales (en adelante VTxML), la forma más factible de regularizarse actualmente en el país.

Las condiciones que debe reunir el contrato de trabajo para postular a la VTxML entre otras cosas, requiere que este contrato sea de carácter indefinido, factor no de fácil alcance como primera mano. Esto porque poder acceder a él sólo se conseguirá, para muchos, después de cierto tiempo laborado con carácter temporal. Por otro lado, otra característica del contrato exige que solo se podrá dar inicio a las labores tan pronto se tenga la visa (Cláusula de Vigencia), estamos ante una situación que sigue limitando el acceso a la salud. Se requiere como primera medida un contrato indefinido, lo cual resulta absurdo cuando el empleador exige conocer al trabajador para llegar a tal y si la ley no permite ingresar a trabajar.

Lo que vemos en la práctica, es que considerando los motivos de los proyectos migratorios y la necesidad de los empleadores, en el día a día, las relaciones laborales se hacen efectivas, es decir, las personas comienzan a trabajar aún sin el respectivo permiso, sin la respectiva visa y sin acceso a previsión social. El problema podría residir en el tiempo que implica el ingreso de la solicitud de visa en el DEM, pues si este fuera más expedito, sería posible hacerse inmediatamente la inscripción en los servicios de FONASA.

La real desprotección de las personas migrantes se manifiesta en la dificultad de acceder a cubrimiento en salud en el tiempo comprendido entre su llegada al país y la obtención de la primera respuesta del DEM para poder incorporarse por ejemplo al sistema de FONASA; pago de licencias médicas, tratamientos a corto, mediano y largo plazo, como también acceso a exámenes, los cuales el paciente migrante debe hacerlo solamente como particular. Hay un condicionamiento del acceso a la salud a tener un contrato de trabajo. Este tiene como agravante el hecho de que este contrato debe ser indefinido, para cumplir los criterios que pide el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), entre otros, algo que solo puede hacerse no siempre en primera instancia sino que debe esperarse más tiempo venciendo contratos a término fijo para acceder finalmente al contrato indefinido, el que le permitirá postular una visa. Según los tiempos de espera, afiliarse al sistema público de salud, solo podrá hacerse, al menos a los 60 días de espera.

Entonces, en el acceso a atención en salud, en el caso de los migrantes en Chile hay un nivel de desigualdad, exclusión y de vulnerabilidad social mediada por una problemática estructural que parte de una legislación migratoria anacrónica y enmiendas mediante circulares que no garantizan el igual acceso a la salud por parte de los migrantes, lo cual está mediado por condiciones socio-económicas, en la medida en que al carecer de estabilidad económica y documentación en el país, la aplicación de la atención no se garantiza a quienes no pueden pagarla cuando la información de las circulares no se da de manera uniforme en las instancias de atención en salud.

Esta problemática podría verse agravada si consideramos a los migrantes con ingreso clandestino al país. Mayormente porque no pueden ser contratados, no podrán entonces acceder fácilmente a garantías del acceso a salud y tantos otros derechos consagrados en la Constitución Política, como también en los acuerdos internacionales firmados por el país.

8. Vinculación trabajo/salud

En nuestros días y en nuestro contexto nacional, la migración se ve para unos como obligación y para otros como una opción, facilitada, entre otras cosas por los medios de comunicación y por los medios de transporte, por lo cual, podríamos decir que la migración se encuentra directamente relacionada con el fenómeno de la globalización, fenómeno que se entiende como “... la tendencia de los mercados y de las empresas a extenderse, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales” (11), porque a partir de él emerge una contradicción entre la inclusión y exclusión que se traduce en que algunos países gozan del crecimiento económico de esta expansión global, pero otras naciones quedan marginadas de este proceso.

La contradicción de este nuevo orden económico genera diferencias entre los grupos humanos, pues mientras unos cuentan con el derecho de aprovechar y disfrutar del crecimiento de su país o de un país, otros se ven vulnerados en sus derechos fundamentales y con la necesidad de salir en la búsqueda de una mejor calidad de vida, fuera de su nación. Por eso, para algunos la migración constituye una opción y para otros, más aún, una opción forzada.

El capitalismo, entendido como el sistema económico imperante en esta época logra establecer como indispensable el ámbito económico y trascender en la vida de las personas, provocando un nuevo tipo de incertidumbre, por no saber cuáles son los fines que se deben alcanzar, puesto que el Estado ha desaparecido gradualmente en su intervención dentro del área social. Esto ha hecho que en la sociedad, se configure a los individuos como consumidores, dentro y fuera de los mercados (12). Por tanto, el ser humano como persona con dignidad y derechos queda desplazado por la importancia de los mercados y “... su valor intrínseco es reemplazado por sus bienes laborales, de capital o culturales, pues solo de ello depende su inclusión en el orden global como ciudadanos con derechos civiles, políticos y sociales” (13, Pág.16). Esto se entiende en que en el contexto mundial actual, es más fácil que circulen los capitales y los productos terminados, que sus mismos fabricantes y como tal, que circulen las personas.

Frente al escenario mundial de inclusión y exclusión, los movimientos de personas se han visto en aumento en distintas regiones del mundo y Chile no es ajeno a esta situación particular. Un grupo importante de seres humanos ha decidido escoger este país para desarrollar su proyecto migratorio como ya se mencionaba en apartados anteriores y es fundamental que la sociedad comprenda que cuentan con derecho y capacidades al igual que el nacional, pues ellos son una expresión de la aspiración humana por la dignidad, la seguridad y un futuro mejor. En este sentido, son parte del tejido social y de nuestra condición como una familia humana.

En consecuencia, a los migrantes se les debe reconocer como personas con derechos civiles en cuanto a que tienen libertad individual, compuesta por la libertad personal, de expresión, pensamiento y religión, derecho a la propiedad y a cerrar contratos válidos, entre otros. Cabe incluir también el derecho a la justicia en términos de defender y hacer valer todos los derechos, derecho político, pues pueden criticar, evaluar, exigir, tener preferencias, etc., y un derecho social, el que asegura un mínimo de bienestar económico y seguridad social, lo que se traduce en el derecho a participar del patrimonio social y a vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares corrientes en la sociedad (14).

Lo anterior se articula con la perspectiva de capacidades, dado que pueden tener posesión, control o movilización de recursos materiales y simbólicos, como el capital financiero, humano y físico, participación en redes, atributos de la familia, etc., que les permite desenvolverse en la sociedad. Por tanto, el bienestar de los migrantes no deviene únicamente por su componente monetario, sino que también de la relación con diversos recursos. Sin embargo estos deben estar insertos en la estructura de oportunidades, que provienen del mercado, Estado y la sociedad, que ayudan a fortalecer o debilitar sus potenciales (15). Factores que dependerán de “...la edad de la persona, del sexo y de los papeles sociales, del lugar, de situaciones epidemiológicas y de otros factores que una persona puede controlar poco o nada” (16, Pág.115).

Este reconocimiento no siempre se percibe en la sociedad chilena y genera en la persona distintos grados de vulnerabilidad social. Entendiendo esto, el Instituto Católico Chileno de Migración –INCAMI– instauro su intervención por medio de la Atención Jurídica y el área de Bolsa de Empleo. Se recibe un promedio de 50 personas diariamente, que concuerdan inicialmente en la búsqueda de un trabajo y regularización. Sin embargo, como institución comprendemos y educamos a las personas en que el trabajo es parte constitutiva en la organización social de los países y condiciona la posibilidad del acceso a derechos sociales como salud, educación, previsión social, etc., de esta manera también se evitan situaciones de exclusión social, ya que el estatus jurídico y social de la persona depende de su posición en el mercado de trabajo. En el caso de los migrantes en Chile, esto se constata en la medida en que buena parte de la permanencia continua o no de las personas, depende de su acceso al mercado laboral y a la consecución de un contrato de trabajo.

En este contexto, el empleo y la salud son elementos interconectados e interdependientes, pues en términos sencillos con un trabajo formal la persona accede a salud y con salud accede al trabajo. Sin embargo, el proceso para lograr la afiliación aun presenta algunos inconvenientes. En primer lugar se encuentra la exigencia legislativa de presentar solicitud en trámite para afiliarse en el tramo “A” (Indigente) como carente de recursos, pues para solicitar visa las personas necesitan un contrato de trabajo. Sin embargo, al no contar con un permiso para trabajar no logran muchas veces encontrar rápidamente este requisito y se ven expuestos, al menos los primeros dos meses aproximadamente, a no contar con acceso a salud gratuita en el país, situación compleja considerando que sus posibilidades económicas para acceder al sector privado son totalmente limitadas. Dos personas migrantes reflejan la complicada situación de encontrar empleo en Chile:

“... te dicen no te podemos contratar así porque debes ser residente definitivo porque así es más fácil para nosotros y es menos dolores de cabeza, pero en su momento lo que los he llegado a hacer entenderles que ya las leyes cambiaron, ya no se debe pagar el pasaje de vuelta, ahora lo que te exige la ley es que me cotizces en sistema de previsión social y el sistema de salud, más nada. Pero creo un poco que el obstáculo primordial ha sido un poco de culturización por parte de los patronos, de los contratantes o de la empresa” (E2, 8 de septiembre 2015).

Lo que plantea E2 coincide exactamente con la necesidad de convencer al empleador que para acceder a la posibilidad de laborar, en igualdad de condiciones que las personas chilenas o que los extranjeros con permanencia definitiva, se requiere un contrato de trabajo y el pago de imposiciones, pero esto no es suficiente, dado que no obstante se explique esta situación, a veces la petición es rechazada por falta de confianza o por falta de información actualizada:

“... es tocar y tocar y tocar puertas y que nadie te dé respuestas enviar y enviar currículums postularse y postularse a empresas y nada, de repente pasan 2 o 3 meses y no consigo trabajo en el área que estoy buscando, porque me he postulado, me llaman a una oferta me llaman a una entrevista voy a la entrevista y por x motivo no quedas en el empleo, entonces ha sido un poco complicado...” (E6, 22 de septiembre 2015).

Luego de conseguir el empleo, comienza la importancia del pago de las cotizaciones previsionales que generan protección social ante cualquier eventualidad sufrida por el trabajador, pues ellas cubren la denominada seguridad social que tiene por *“objeto proteger el ingreso de los trabajadores frente al desempleo, a las enfermedades a los accidentados, a la incapacidad laboral durante la vejez y a sus dependientes frente a la invalidez o muerte del jefe de hogar y finalmente a mejorar los niveles de consumo de los menores y mayores en situación de pobreza o indigencia”* (17, Pág.13).

Sin embargo muchos empleadores no cumplen con esto, porque sencillamente no pagan las imposiciones, situación que se deja entre ver en la respuesta que un migrante da frente a la pregunta por el pago de imposiciones:

“...no, no me las pagaron todas por un tema yo vi, te lo revelo en estos momentos a ti como evasión de impuesto, evasión de pago y de contribuciones acá en Chile, porque ellos manejan una alta tasa de migrantes y mientras los mantengan así, no les cotizan, pueden darte tu contrato para que te establezcas como legal, para que no los multen a ellos, pero cotizaciones como tal, dentro del primer año que estuve no lo hicieron” (E2, 8 de septiembre 2015).

Por tanto, se puede visualizar que el trabajo es el determinante más complejo para el acceso de la salud de los migrantes, principalmente porque es difícil de conseguir y porque en los espacios laborales a los que han accedido inicialmente no ha existido pago de cotizaciones. Por tanto son las personas, individualmente, las que se protegen en este aspecto y frente a la pregunta ¿de qué manera ha influido el trabajo en el acceso a la salud? El entrevistado 1 menciona:

“... de ninguna manera, porque no tengo un trabajo con contrato y por tanto no puedo aportar a las imposiciones y como consecuencia mi acceso a los servicios de salud es como turista, mientras cumplía los tres meses acá. Ya tengo más de tres meses y gracias a Dios no he tenido ni una emergencia ni necesidad de asistir a algún hospital o clínica” (E1, 28 de agosto 2015).

Una vez que logran realizar la solicitud de visación, emerge otro elemento crítico que genera desigualdad e injusticias y es la afiliación al sistema de salud, pues cuando la persona, teniendo su solicitud en trámite, va a realizar este proceso, se encuentra con la falta de información y el desconocimiento de la legislación por parte de los funcionarios que en muchas oportunidades les niegan el ingreso a la inscripción en FONASA en la categoría A, situación que expone a los migrantes y sus familias a un nulo acceso al sistema y por tanto a situaciones de mayor vulnerabilidad social, pues sus condiciones económicas no permiten la atención privada y la ausencia de salud a su vez les impide la búsqueda de trabajo, disminuyendo así su capital humano y económico.

En primer lugar se pudo evidenciar que solo las personas que hayan ingresado al país por un paso fronterizo habilitado tienen posibilidades de acceso al sistema público, pues son las únicas que pueden regularizar su situación en el país y solicitar una residencia, situación compleja considerando que ellos son el grupo más vulnerable. En segundo lugar, es fundamental para mejorar la acogida de las personas migrantes al sistema de salud, capacitar a los funcionarios en la teoría y aplicación práctica de la legislación. Lo anterior debe ser complementado con la visión ética de que para lograr inclusión social es necesario un reconocimiento intercultural, que fomente la igualdad y la dignidad humana. Para ello se requiere la capacidad de comprender las diversas prácticas y visiones del mundo, pues es la única manera de reforzar la cooperación y la participación, permitir a las personas desarrollarse y transformarse, además de promover la tolerancia y el respeto por los demás. Según Arriagada, Cubides y Bortolotto (18, Pág.29), *“Cuando, basada en prejuicios, una cultura se siente superior a otra, al ver en la necesidad económica, rasgos físicos y origen, una serie de debilidades de las que supuestamente adolecen los migrantes, lo único que produce es una enorme brecha en la inclusión e integración de este colectivo humano. Como también privarse de nuevas oportunidades de enriquecimiento cultural, técnico, demográfico, etc.”*

Para finalizar, es fundamental que el sistema reconozca que en la construcción de políticas públicas dirigidas a la salud se debe tomar en consideración el rol fundamental de *“construir un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento, el respeto mutuo y la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social”* (19, Pág.3).

9. Conclusiones

Las migraciones recientes interpelan al país y piden que responda desde todas las esferas, la pública, la privada y desde la misma sociedad civil. Chile se ha posicionado como un país que atrae a los migrantes, entre otras cosas por el excelente nivel económico que refleja, por la estabilidad que sus instituciones presenta y por el nivel de seguridad que el país evidencia. Todas estas circunstancias se traducen en la atractiva oferta laboral, social y económica que el país refleja.

Todos nosotros somos sujetos que en determinado momento histórico experimenta en algún medida la realidad de la migración y ser un migrante con derechos es algo que lo agradecen todas las instancias de la sociedad. Tanto la sociedad del migrante como la sociedad que recibe a los migrantes, la cual en varias caras se ve beneficiada, bien sea por el aporte laboral, demográfico, cultural, académico y demás.

Chile ha ido implementando paulatinamente formas de actualizar los compromisos que ha adquirido pero aún requiere hacer ver que la información que deviene de los compromisos debe llegar a todas las instancias. Las circulares, las directrices y en último término las ordenanzas que atañen a la atención de personas migrantes aún requiere que se socialice en todas las esferas de la sociedad y de esto, es responsable en buena medida el Estado y el gobierno de turno. El gobierno de la presidenta Bachelet (2014-2018) se comprometió en su campaña presidencial de gobierno, a considerar la situación de los migrantes en el país y entre otras cosas a facilitar la posibilidad de un nuevo proyecto de ley que traiga las actualizaciones que en materia migratoria se refieran. Tal proyecto sigue aún en espera por todas las esferas del círculo que incumbe a la gestión de las migraciones en el país, tanto organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de migrantes y demás.

Emerge el desafío imperante que tanto el sistema de salud como el de empleo, trabajen en cooperación, pues como se expresó anteriormente, la salud es un activo para el trabajo y este último es prácticamente el requisito para la afiliación formal al sistema de salud. Por lo tanto, si se busca caminar hacia el respeto de los derechos fundamentales del ser humano y generar integralidad en la atención de las personas migrantes por lo menos el trabajo coordinado y en red debe ser un desafío para las políticas públicas del país, además que existe un compromiso internacional firmado por el país, de cara a la comunidad internacional, consideración que se vuelve aún más relevante cuando las personas manifiestan un interés por establecerse en esta nación, situación que ellos mismos expresan:

"... mi proyección a nivel personal es traer mis raíces acá, quiero estudiar, revalidar mi título y como todo el mundo, ganar buenas "lucas" a raíz de mi desempeño personal, comprarme una propiedad, un vehículo, casarme, tener hijos..." (E2, 8 de septiembre 2015).

10. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

71

Es necesario reducir la inequidad para los migrantes y es prioritario, toda vez que, Chile ha firmado Tratados Internacionales como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migrantes y sus Familias y esto obliga, según el art. 5º de la Constitución Política de Chile.

Lo que queda por hacer en términos de avanzar en acceso a la salud no se agota en un solo gobierno. Es necesario que haya políticas estatales y disposición a seguir adelante con los compromisos firmados para no caer en determinaciones sujetas a la voluntad de los gobiernos de turno.

Chile ha avanzado, pero se requiere continuar con una voluntad de cambio permanente para actualizarse a la situación migratoria del Chile que vivimos. Significa esto entonces una disposición a seguir siempre revisándose y evaluando la implementación de las políticas públicas, para dar respuestas concretas y acertadas a las necesidades planteadas.

Los procesos de modernización en los cuales el país ha entrado en distintas áreas, exigen una aplicación directa al acceso a derechos y esto coloca en primera medida los derechos fundamentales y entre ellos, el derecho a la salud. La historia de Chile en términos de gestión en salud ha ido modernizándose paulatinamente y teniendo en cuenta la situación histórica del Chile de nuestros días, no cabe que un país en la fila de la OCDE no enfatiza más en mejorar la calidad de vida de las personas que en él residen. Todavía se puede hacer más.

Tabla 1

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	<p>Acceso integral a atención en salud para los migrantes, independientemente de su situación migratoria.</p> <p>Claridad en cuanto a procedimientos que se cobran y cuáles no con estandarización de valores, puesto que hay cobros distintos a los migrantes en el sistema público.</p>	<p>Lo que queda por hacer en términos de avanzar en acceso a la salud no se agota en un solo gobierno. Es necesario que existan políticas estatales y disposición a seguir adelante con los compromisos firmados para no caer en determinaciones sujetas a la voluntad de los gobiernos de turno.</p> <p>Información a los funcionarios que atienden directamente en las ventanillas de los servicios, para evitar negar derechos concedidos. Formación e inter-culturalidad para aceptar formas de expresión y culturales distintas.</p> <p>No se puede supeditar la atención en salud a la firma de un pagaré ni a mostrar un documento de identificación. Estos pueden ser hechos aclarables posteriormente.</p>
Dimensión: Comunidad	<p>Desinformación del colectivo migrante de la forma de acceder a servicios de salud.</p> <p>Desconocimiento de cómo acceder a servicios hospitalarios, preventivos y/o sanitarios.</p>	<p>Divulgar los procedimientos de atención en salud y los procedimientos para registro en consultorios, postas y servicios públicos, dado que el migrante no accede fácilmente a los procedimientos para acceder a tales servicios públicos.</p> <p>Divulgación de la existencia y condiciones de visas temporaria por embarazo y visas por tratamiento médico desde los mismos consultorios y hospitales e indicaciones para postular a visa desde esta condición.</p>
Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional	<p>Reducir la inequidad para los migrantes es prioritario toda vez que Chile ha firmado Tratados Internacionales como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migrantes y sus Familias y esto obliga, según el art. 5º de la Constitución Política de Chile.</p>	<p>Chile ha avanzado, pero se requiere continuar con una voluntad de cambio permanente para actualizarse a la situación migratoria del Chile que vivimos. Significa esto entonces una disposición a seguir siempre revisándose y evaluando la implementación de las políticas públicas, para dar respuestas concretas y acertadas a las necesidades planteadas.</p>
Dimensión: investigación	<p>No hay suficientes estudios que profundicen y articulen la situación de los migrantes en términos de salud para promover un mejor diseño de política pública.</p>	<p>Estimular a la academia y al gobierno, a desarrollar investigaciones con el objetivo de conocer y mejorar la situación de los migrantes. Estas investigaciones pasan por considerar la contribución laboral, demográfica y previsional, entre otras, de los migrantes, para resaltar el aporte de los migrantes al sistema público, para derribar mitos de invasión de servicios y para dar a conocer una realidad intercultural que se complementa y no que se ve atacada.</p>

11. Referencias

1. CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina. Santiago de Chile; 2010.
2. Taylor, C. "La política del reconocimiento". Argumentos filosóficos. Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad. Paidós, México; 1997.
3. Primer Hospital de Chile. [Recuperado el 20 de mayo de 2016]; disponible en: <http://pt.slideshare.net/lucasburhard/el-primer-hospital-de-chileda-del-hospital>
4. Ibarra, C. Análisis sistemático de la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Cuadernos del Tribunal Constitucional. Santiago; 2015.
5. Cubides, J. Niñas y niños extranjeros en la legislación chilena. Documento inédito en el marco del proyecto Fondecyt: "La infancia como sujeto de las políticas públicas e intervenciones sociales: El caso de la niñez migrante en el Chile del siglo XXI". Dra. Iskra Pavéz Soto. Santiago; 2012.
6. Ministerio Secretaría General de La Presidencia. Constitución Política de la República de Chile; Constitución 1980. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>
7. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
8. Departamento de derecho Internacional, DEA. El Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
9. Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>
10. Departamento de Extranjería y Migración. Anuario Estadístico Nacional 2005-2014. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-Estadistico-Nacional-Migracion-en-Chile-2005-2014.pdf>
11. Real Academia Española. (s/f). Globalización. En diccionario de la lengua española (22.ª ed). Recuperado el día 15 de junio del 2016 desde: <http://www.rae.es/search/node/globalizacion>
12. Bauman, Z. Modernidad Líquida. Buenos Aires, Argentina: Fondo Cultura Económica; 2002.
13. Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Combatir la pobreza y la desigualdad. Suiza: UNRISD; 2011.
14. Marshall, T. Ciudadanía y Clase Social. Madrid: Alianza; 1949.
15. Filgueira, C. Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes. Seminario Internacional: Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe (20 y 21 de junio). Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile; 2001. [Recuperado el día 13 de junio del 2016]; disponible en: <http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/3/82833/cfilgueira.pdf>
16. SEN, A. La pobreza como privación de capacidades. En Desarrollo y Libertad. España: Planeta; 2000.
17. Superintendencia de Seguridad Social. Normativa de seguridad y salud en el trabajo; 2011. [Recuperado el día 20 de junio del 2016]; disponible en: http://info.suseso.cl/ws/publicaciones/estudios/Mesa_revision_normativa_seguridad_salud_trabajo.pdf
18. Arriagada, Cubides y Bortolotto. Chile, Inmigración e interculturalidad. En, Migración e Interculturalidad. Una oportunidad no una amenaza. Ed. San Pablo, Santiago de Chile; 2016.
19. Guendel, L. La Política Pública y la ciudadanía desde el Enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. Costa Rica: UNICEF; 1999. [Recuperado el día 17 de junio del 2016]; disponible en: <http://www.conviteac.org.ve/admin/publicaciones/libros/Guendel-La%20pol%C3%ADtica%20p%C3%BAblica%20y%20la%20ciudadan%C3%ADa%20desde%20el%20enfoque%20de%20los%20derechos%20humanos-La%20b%C3%BAsqveda%20de%20una%20nueva%20utop%C3%ADa.pdf>
20. Cano, V., Soffia, M., Martínez, J. Conocer para legislar y hacer política: Los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio. Centro latinoamericano y caribeño de demografía. División de población. CEPAL, Santiago. Serie población y desarrollo. 2009; 88. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7228/1/S0900516_es.pdf
21. CELADE: Centro latinoamericano y caribeño de demografía. División de población. Proyecto regional de población CELADE-FNUAP (Fondo de población de las Naciones Unidas). La migración internacional y el desarrollo en la era de la globalización y la integración: temas para una agenda regional. CEPAL, Santiago. Serie población y desarrollo. 2000; 10. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7128/S2000942_es.pdf?sequence=1
22. CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Globalización y Desarrollo. La migración internacional y la globalización. Separata. 2002; Cap. 8 "Globalización y Desarrollo", Brasilia, Brasil. http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/4/11174/LCG2157_cap-8.pdf

12. Acerca de los autores

José Delio Cubides Franco, MSC

Licenciado en Filosofía, Universidad de San Buenaventura, Bogotá Colombia (2010). Magister en Ética Social y Desarrollo Humano, Universidad Alberto Hurtado (2014). Asesor socio-jurídico en regularización en Instituto Católico Chileno de Migración – INCAMI.

Email: dcubides@fundacionscalabrini.cl

Katherine Constanza Vásquez Gallardo, MSC(c)

Trabajadora Social Universidad Alberto Hurtado (2015). Candidata al grado de Magister en Ética Social y Desarrollo Humano (2014), Universidad Alberto Hurtado. Coordinadora Bolsa de Empleo Instituto Católico Chileno de Migración – INCAMI.

Email: kvasquez@incami.cl



Capítulo 6

Modelos de gestión propuestos y modelos existentes en Chile para la gestión municipal: fortalezas y desafíos para el trabajo con población migrante internacional



Claudia Silva, PhD

Jefa Sección de Estudios, Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Los migrantes se distribuyen de manera desigual a lo largo del territorio nacional
- Existen comunas con mayor cantidad de inmigrantes
- Existen comunas que aunque no tengan un gran número de inmigrantes han tenido un aumento porcentual importante en los últimos años
- Hay municipalidades con programas destinados a la atención de población migrante

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- El capítulo muestra cómo ha sido el crecimiento porcentual en las comunas más relevantes desde el año 2010
- El capítulo muestra las preferencias de asentamiento de los distintos colectivos migrantes en términos de elección de comunas
- El hecho de que haya muchos migrantes o haya habido un importante aumento porcentual en una comuna implica que los gobiernos locales deben preguntarse cómo favorecer la integración de los migrantes a nivel comunal
- Distintos tipos de gestión comunal podrán llevar, en el mejor de los casos, a la integración y, en el peor de los casos, a la marginación de la población migrante
- Se propone que los municipios adopten estrategias de trabajo con población migrante que contemplen a la comunidad de nacionales para poder generar procesos de integración social
- El Sello Migrante creado por el DEM es una iniciativa que ayuda a los municipios a organizar un trabajo tendiente a la integración de extranjeros

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existe la necesidad de que todos los municipios vislumbren la necesidad de un trabajo con la población migrante
- Se requiere que los municipios reconozcan a la integración como horizonte de trabajo e integren a la comunidad nacional para la consecución del objetivo
- Es necesario mayor sistematización de experiencias a nivel local

d) **Palabras clave:** Migración, municipios, integración

2. Antecedentes: la migración y el espacio local

Como se pudo apreciar en los capítulos anteriores, la migración en Chile se ha ido diversificando. Cada vez están llegando más migrantes de países no fronterizos e incluso de países que no son del cono sur. Un ejemplo de esto es la migración proveniente de República Dominicana y Haití. La llegada de nuevos extranjeros al país representa una enorme oportunidad para el desarrollo social, cultural y económico, pero para que dicho potencial pueda ser aprovechado, es necesario que los inmigrantes tengan la posibilidad de insertarse de manera positiva en el país. Dicha inserción está mediada por las políticas públicas, por las posibilidades que ellas abren o cierran y que se hacen tangibles en un espacio local y geográfico específico. Es por ello que es en las comunas y municipalidades donde se centra el desafío de la integración de los extranjeros:

“... se considera que el municipio debe ocupar un rol protagónico en la definición de las políticas de integración y en la función catalizadora hacia arriba, de las necesidades de la población extranjera y las limitaciones normativas e institucionales que enfrenta. Es en la escala territorial local donde se construyen las condiciones para el ejercicio de los derechos y, donde toma cuerpo la relación entre migrantes y refugiados por un lado, y población nativa por el otro. Es en lo local donde se define el destino de una política de acogida y reconocimiento. El municipio por tanto es un vector de la democracia y la justicia en el territorio que gobierna, pero también un canal para transmitir los límites y los alcances de las políticas migratorias generales”(1, Pág.18).

3. Propósito

El presente capítulo se propone presentar el crecimiento de la población migrante en las comunas con mayor aumento de población extranjera entre los años 2010 y 2015, y las preferencias de asentamiento de distintos colectivos en comunas del país.

Asimismo se quiere presentar un marco conceptual que problematice la noción de integración y entregue herramientas para un adecuado uso e implementación del concepto.

Mediante dicha información se pretende aportar conocimiento a las municipalidades para el desarrollo de un trabajo atinente a las características culturales de los migrantes que residan en su sector. Además, se pretende aportar a que los municipios elaboren estrategias de trabajo con población migrante que fomente su positiva inclusión mediante la presentación y discusión de las distintas formas de inserción que las políticas locales pueden fomentar.

4. Caracterización territorial de migrantes internacionales en Chile

Hay que tomar en consideración que la distribución de los inmigrantes es desigual en el territorio nacional. Hay municipalidades que concentran mayor porcentaje de población migrante. De esta manera, si revisamos los permisos de Permanencia Definitiva otorgados entre los años 2010 y 2015, podemos observar que las 15 comunas mayormente elegidas por los inmigrantes a quienes se les otorgó Permanencia Definitiva para vivir se encuentran en el norte grande y en la región metropolitana (Tabla 1). Es necesario aclarar que se ha optado por hacer una revisión de los permisos de Permanencia Definitiva y no de visas temporales, para conocer las tendencias de asentamiento, pues durante el primer tiempo de residencia (visas temporales) la movilidad en términos de domicilio suele ser muy alta. Las Permanencias Definitivas se otorgan luego de uno o dos años de residencia en el país, por lo que se trata de población que debiera tener una mayor estabilidad territorial. Con todo, las Permanencias Definitivas no dan cuenta del stock de residentes, sino sólo del número de permisos otorgados por año.

Tabla 1

Distribución absoluta de permisos de Permanencia Definitiva otorgados a población extranjera en Chile en comunas seleccionadas del país, 2010-2015

Comuna	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total general	Crecimiento % 2015 respecto 2010
SANTIAGO	2611	2782	4094	4075	5259	6906	25727	164%
ANTOFAGASTA	704	1063	1632	1737	3354	5122	13612	628%
LAS CONDES	1561	1656	2088	2188	2533	3072	13098	97%
IQUIQUE	985	1179	1772	1569	2269	2823	10597	187%
CALAMA	401	591	1548	1456	2349	3516	9861	777%
PROVIDENCIA	650	679	999	976	1227	1492	6023	130%
RECOLETA	590	616	1029	923	1090	1556	5804	164%
ARICA	627	671	994	778	1212	1513	5795	141%
INDEPENDENCIA	574	604	867	821	1051	1485	5402	159%
ESTACION CENTRAL	478	468	625	632	848	1136	4187	138%
ÑUÑO A	452	460	662	607	789	993	3963	120%
LO BARNECHEA	446	481	606	494	634	727	3388	63%
VITACURA	371	394	520	480	548	637	2950	72%
QUILICURA	200	319	343	376	581	869	2688	335%
COPIAPO	141	175	284	384	675	1011	2670	617%

Fuente: Elaboración propia en base estadísticas DEM 2015 (2)

Si analizamos el crecimiento porcentual en el otorgamiento de Permanencias Definitivas por comuna entre el año 2010 y 2015, vemos que existen algunas comunas con un gran crecimiento y otras con un crecimiento moderado. Es importante mencionar que el crecimiento porcentual es en base al número inicial de Permanencias Definitivas otorgadas, por lo que en comunas que en el año 2010 se entregaban relativamente pocos permisos de Permanencia Definitiva, el crecimiento porcentual con respecto a 2015 puede ser muy alto, pero su número total sigue siendo moderado. De todos modos, para una comuna que tenía pocas Permanencias Definitivas entregadas, un fuerte crecimiento en 6 años plantea nuevos desafíos, tanto para la convivencia con los chilenos como para la inserción de la población migrante.

Es necesario insistir en que la tabla anterior muestra los permisos de Permanencia Definitiva otorgados y no habla del stock de migrantes. No se puede interpretar, por ejemplo, que en 2010 había 2.611 inmigrantes residiendo en la comuna de Santiago y en el año 2015 había 6.906 extranjeros residiendo. La tabla no refiere al total de habitantes extranjeros residentes por año, es decir, no da información sobre número de habitantes viviendo en el año 2010 o en el año 2015, sólo refiere a la cantidad de Permanencias Definitivas otorgadas por año. Dado que luego de la obtención de una Permanencia Definitiva los migrantes no deben remitir al Departamento de Extranjería y Migración información sobre sus cambios de residencia, es que desde los registros no se puede determinar el stock de residentes por comuna.

Una estadística que pudiera servir para cuantificar la cantidad de habitantes extranjeros que se han asentado por un período de tiempo medianamente prolongado en las distintas comunas del país, son los datos del Servicio Electoral de Chile (SERVEL)(3). Dichos datos señalan los habitantes extranjeros mayores de 18 años, con más de cinco años de avecindamiento y que no hayan sido condenados a una pena aflictiva, ya que esos son los requisitos para poder votar.

Si atendemos a la cantidad de votantes extranjeros en las comunas señaladas, que dado el requisito para votar se encuentran residiendo en Chile desde el 2010 o años anteriores, podemos decir que al 23 de marzo de 2016, la cantidad de personas extranjeras habilitadas para votar por comuna fue de:

Tabla 2

Distribución de extranjeros habilitados para votar al 23 de marzo de 2016 en algunas comunas del país

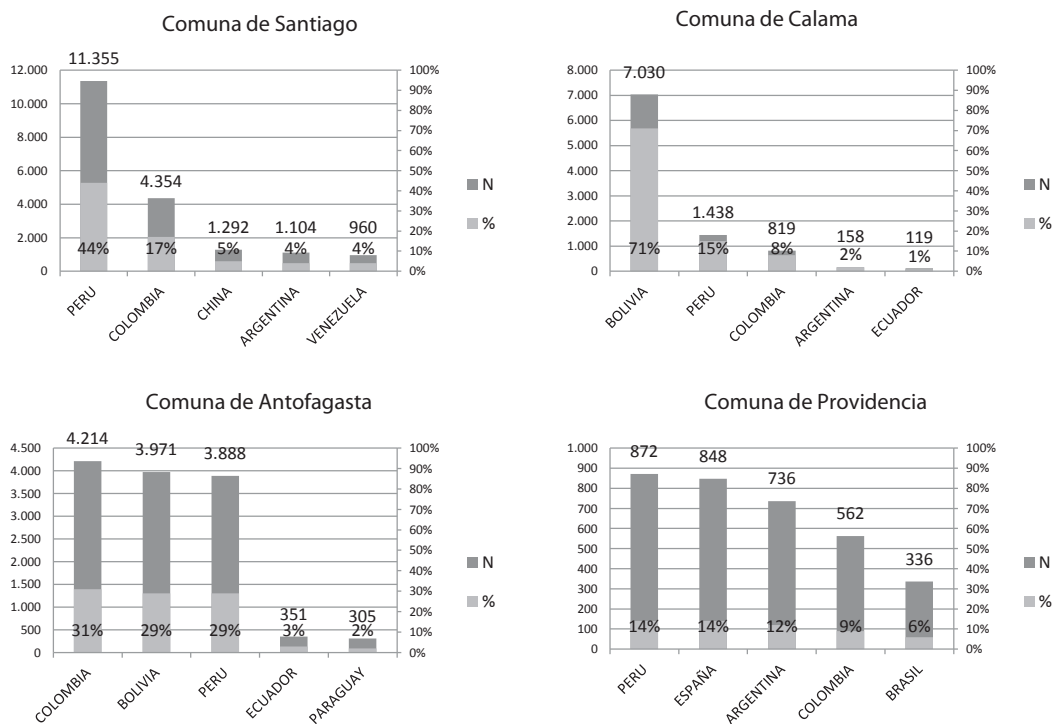
Comuna	Cantidad votantes por comuna al 23.03.2016
SANTIAGO	25.296
ANTOFAGASTA	5.746
LAS CONDES	20.551
IQUIQUE	10.256
CALAMA	3.784
PROVIDENCIA	10.422
RECOLETA	5.644
ARICA	6.499
INDEPENDENCIA	5.359
ESTACION CENTRAL	4.344
ÑUÑO A	5.774
LO BARNECHEA	4.680
VITACURA	6.219
QUILICURA	1.482
COPIAPO	1.200

Fuente: Elaboración propia en base estadísticas Servel (3).

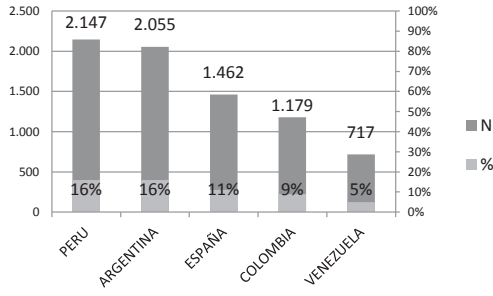
Si hacemos un desglose por nacionalidad de los inmigrantes a quienes se les otorgó permiso de Permanencia Definitiva en las comunas reseñadas, podemos darnos cuenta de que también la distribución es desigual (Figura 1).

Figura 1

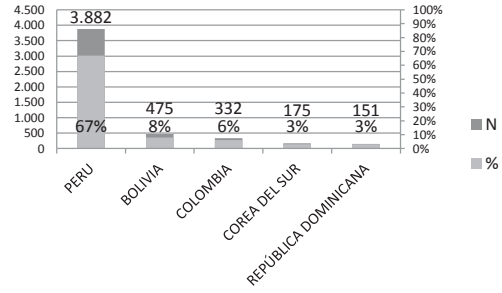
Permisos de Permanencia Definitiva otorgados a población extranjera en Chile en comunas seleccionadas del país, 2010-2015 según nacionalidad



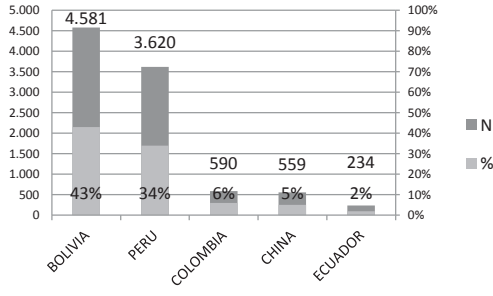
Comuna de Las Condes



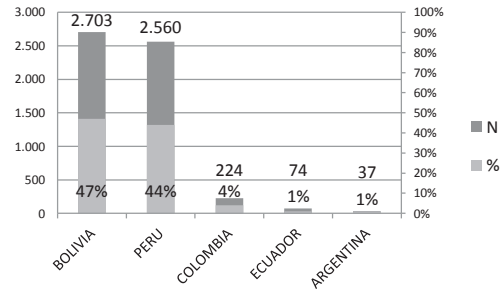
Comuna de Recoleta



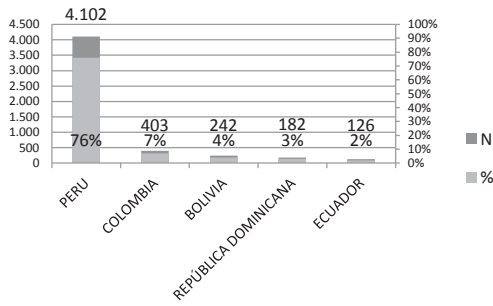
Comuna de Iquique



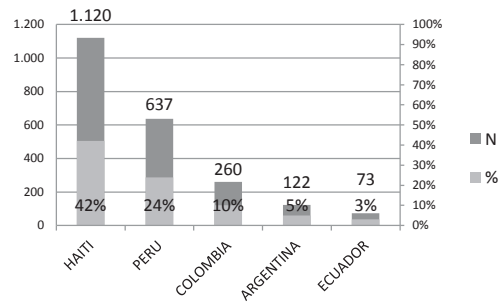
Comuna de Arica



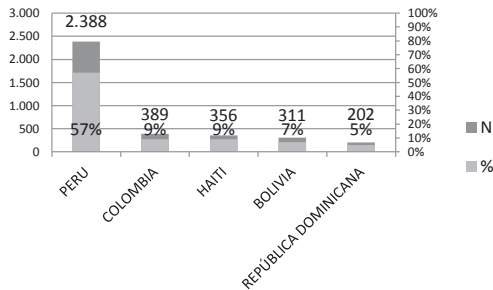
Comuna de Independencia



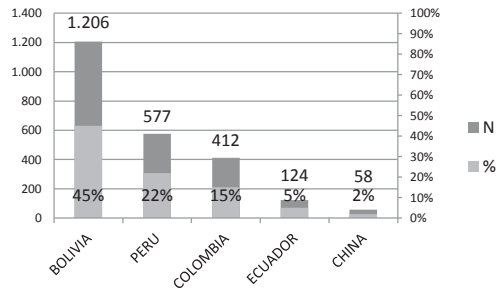
Comuna de Quilicura

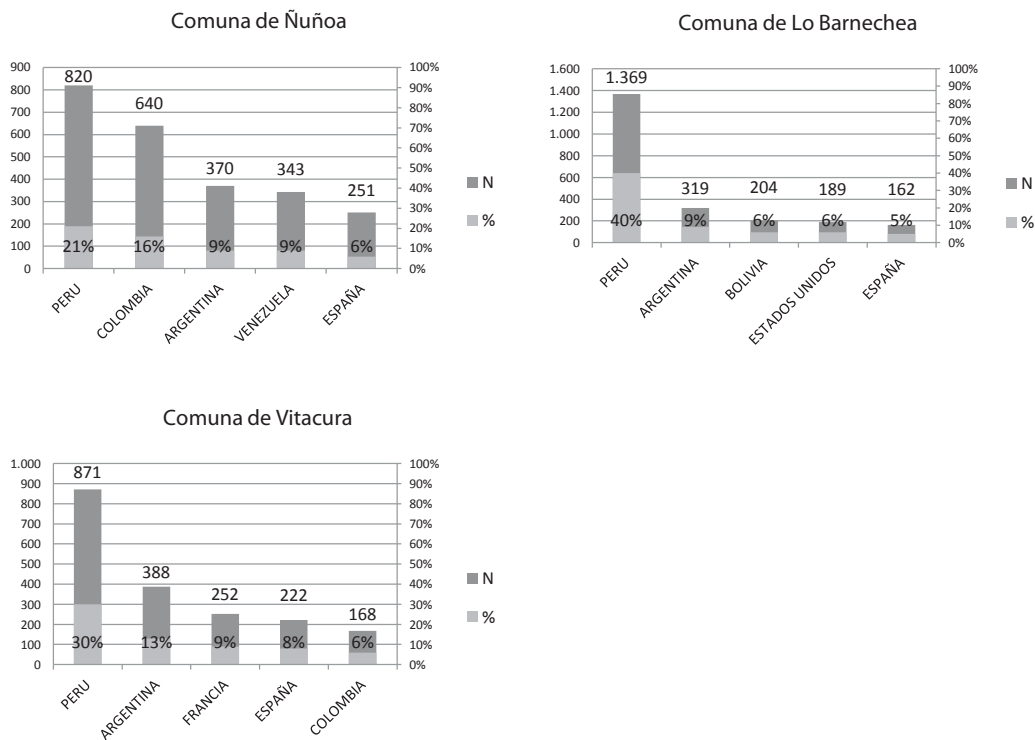


Comuna de Estación Central



Comuna de Copiapó

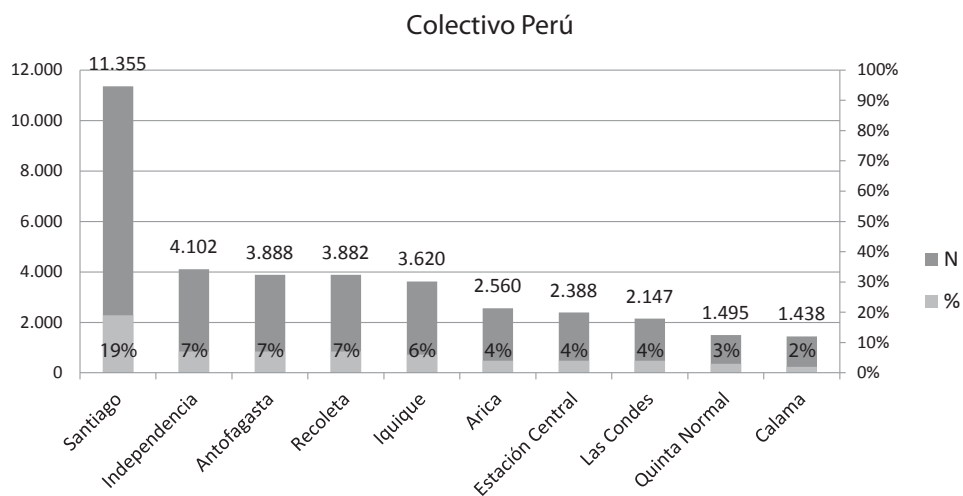




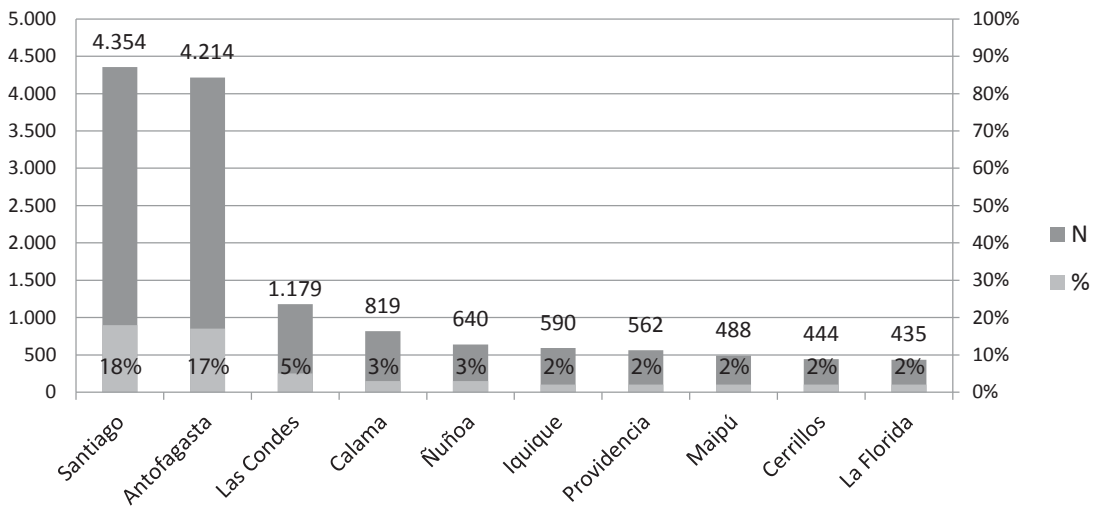
Fuente: Elaboración propia en base estadísticas DEM 2015 (2).

Figura 2

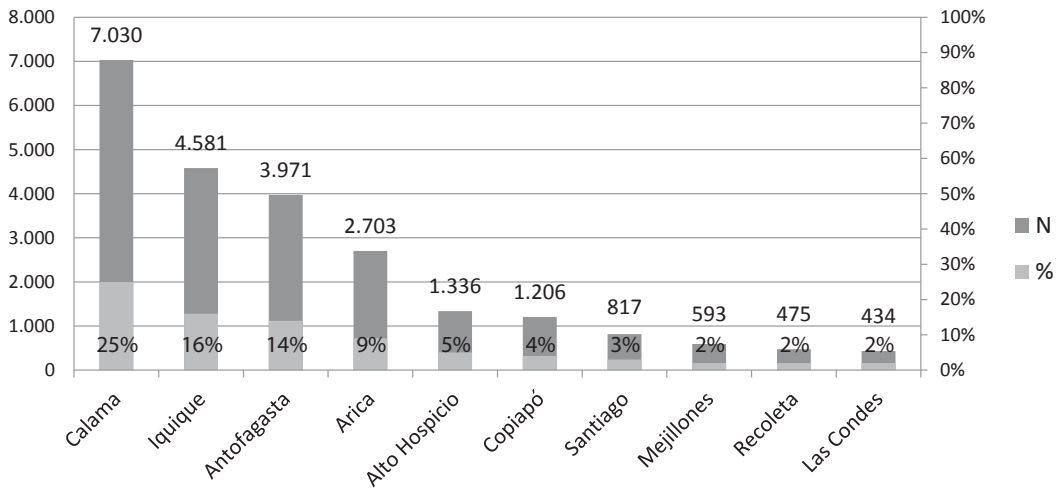
Permisos de Permanencia Definitiva otorgados a población extranjera en Chile 2010-2015 según nacionalidad y comuna de residencia declarada



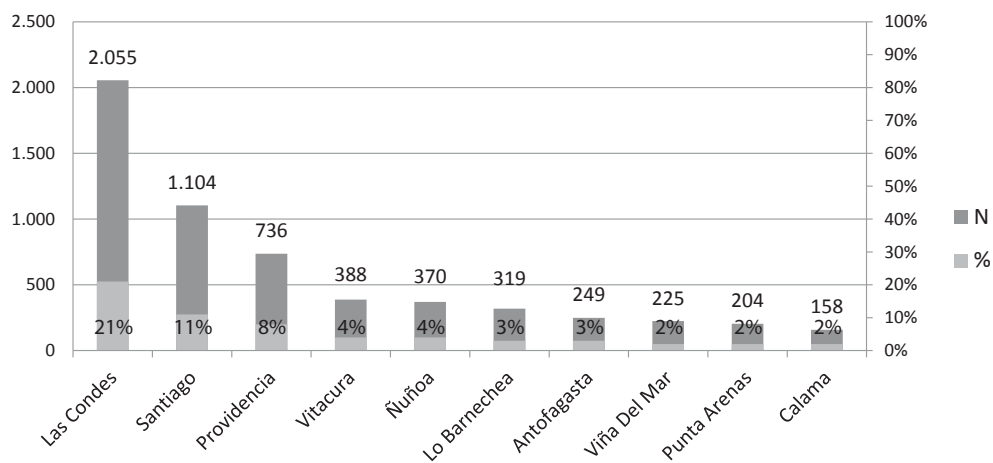
Colectivo Colombia



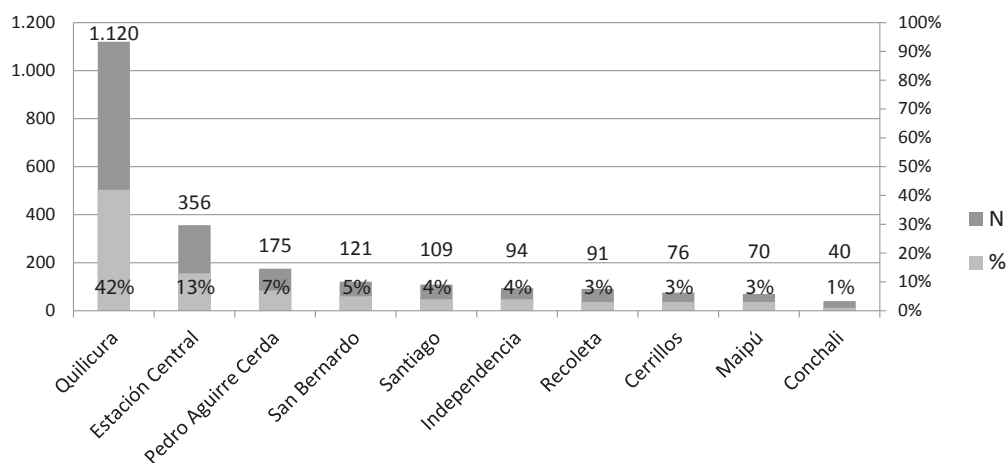
Colectivo Bolivia



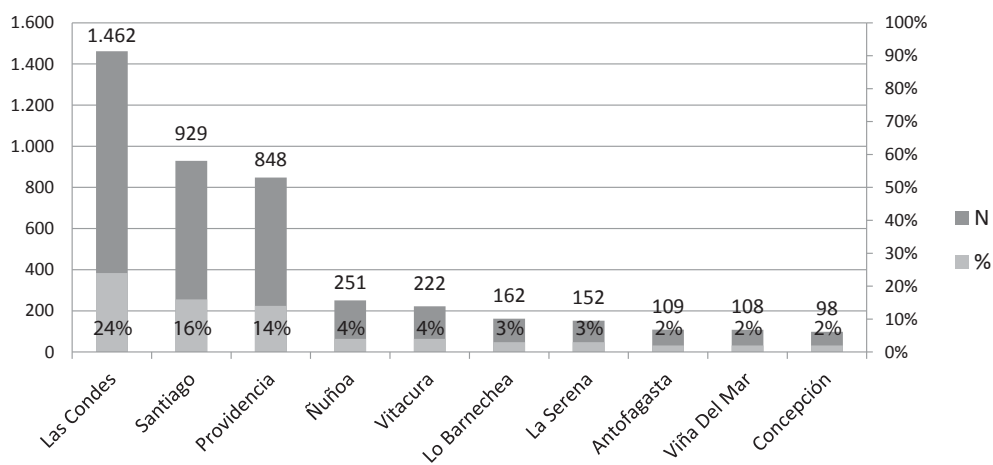
Colectivo Argentina



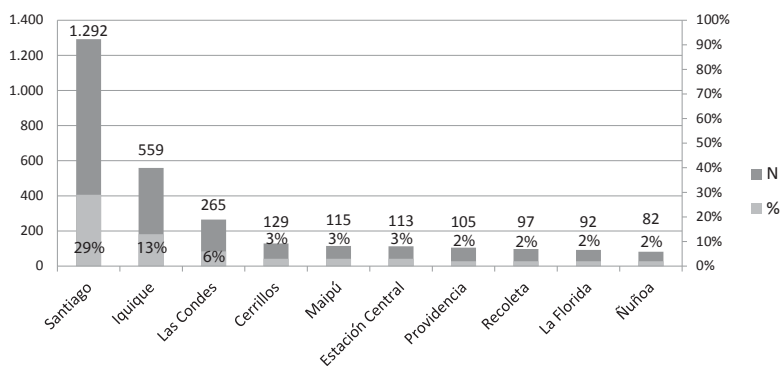
Colectivo Haití



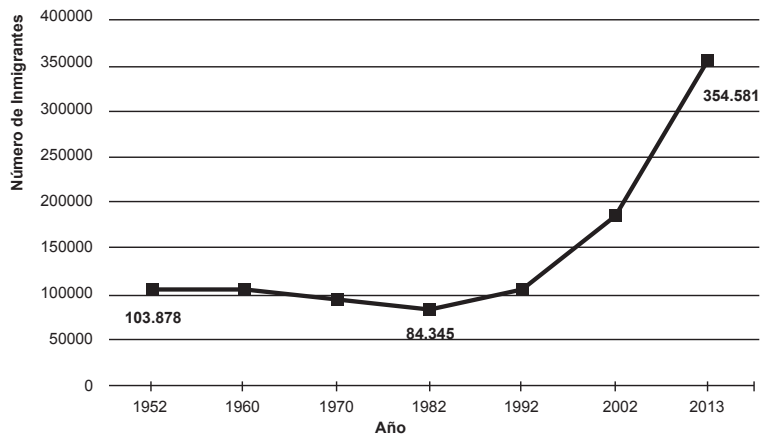
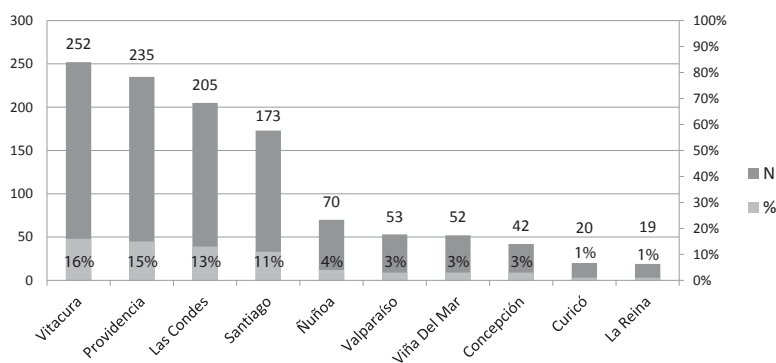
Colectivo España



Colectivo China



Colectivo Francia



Fuente: Elaboración propia en base estadísticas DEM 2015 (2).

Como se puede apreciar en la Figura 2 anterior, en las comunas del norte del país, salvo en el caso de Antofagasta, las Permanencias Definitivas se otorgaron en mayor proporción a ciudadanos de Bolivia, seguidos por ciudadanos de Perú y con alguna distancia a ciudadanos de Colombia, quienes salvo en el caso de Copiapó recibieron menos del 10% de las permanencias definitivas entre los años 2010 y 2015. Es particular el caso de Antofagasta, porque en dicha comuna los colombianos representan alrededor de un tercio de las permanencias definitivas otorgadas y les siguen, en casi igual proporción, bolivianos y peruanos. Sin duda esto representa un escenario nuevo, pues la zona norte normalmente recibía migración fronteriza, que muchas veces es perteneciente a los mismos pueblos originarios que los habitantes de la zona norte del país. Sin embargo, la migración colombiana además de representar un flujo reciente, representa una cultura distinta a las habituales en el sector. Es quizá por ello que en ocasiones en la región de Antofagasta se ha mirado con cierto recelo la llegada de colombianos, según reportan los medios de comunicación. Es importante, entonces, tomar medidas especiales que favorezcan la inclusión de dicho colectivo, para que ellos puedan desarrollarse de manera exitosa y la región pueda aprovechar el capital humano que su trabajo significa y el aporte social y cultural que dicho colectivo ofrece.

En la Región Metropolitana, suele darse mayor diversidad en términos de nacionalidad de personas a quienes se les otorgó Permanencias Definitivas, pues dentro de las tres primeras mayorías en las distintas comunas aparecen, los colectivos: español, argentino, haitiano, francés y chino. Sin embargo, la distribución de estos colectivos es también desigual. Mientras las permanencias definitivas entregadas a españoles, argentinos y franceses se concentran en la zona norte, los permisos entregados a colectivos en mayor situación de vulnerabilidad como chinos y haitianos se otorgaron en comunas con menos recursos. Sobre todo es interesante el caso de Quilicura, ya que es la única comuna de las analizadas donde el colectivo haitiano cuenta con la mayor cantidad de permisos otorgados entre 2010 y 2015, y representa casi la mitad de los permisos otorgados en dicha comuna. Esto es sin duda un desafío para la localidad, pero que en la I. Municipalidad de Quilicura han sabido enfrentar de la mejor manera, con la creación de un plan de acogida y una oficina destinada al trabajo con inmigrantes y refugiados que se ha convertido en referente a nivel nacional.

Si hacemos un análisis en términos de preferencia de comunas de asentamiento por las distintas nacionalidades, las comunas preferidas por peruanos, colombianos, bolivianos, argentinos, haitianos, españoles, chinos y franceses son (Figura 2):

Podemos observar que en la mayoría de los colectivos la primera preferencia en comuna de asentamiento se encuentra en la Región Metropolitana, salvo en el colectivo boliviano, donde las cinco primeras comunas de preferencia se encuentran en el norte grande del país. Los peruanos eligen comunas de la zona norte y de la Región Metropolitana, donde las comunas escogidas para vivir están en la zona céntrica. Por su parte, el colectivo colombiano también tiene sus cinco primeras comunas de preferencia en la zona norte y en la Región Metropolitana, sin embargo, en esta región las comunas de preferencia son además de Santiago Centro, comunas del sector norte. Los colectivos europeos (españoles y franceses) tienen dentro de sus cinco comunas de preferencia a Santiago Centro y comunas del sector norte de la Región Metropolitana. Este mismo patrón de comportamiento lo observamos en el colectivo argentino. Por su parte, en el colectivo chino encontramos mayor variedad de preferencia, si bien casi el 30% de las Permanencias Definitivas otorgadas corresponden a Santiago Centro (alta concentración) sus otras comunas de preferencia no registran un patrón como los anteriormente observamos, pues su segunda comuna de preferencia es Iquique a la que siguen una comuna del sector norte y otras comunas más periféricas de la Región Metropolitana. El colectivo dominicano, por su parte, se instala preferentemente en Santiago Centro, comunas céntricas (salvo Colina) y en Punta Arenas.

Esta creciente heterogeneidad en la entrega de Permanencias Definitivas a población migrante en términos de nacionalidad, pero también en otras características como niveles de educación y género, hace que las respuestas locales a la migración no puedan ser homogéneas. Los gobiernos locales están cada vez más enfrentados a tener que dar respuesta a población diversa. Estas respuestas deben tender a la integración de la población migrante. Sólo de ese modo tanto la localidad como el extranjero podrán beneficiarse del proyecto migratorio.

5. Entendiendo la inserción de inmigrantes en la sociedad de acogida

Antes de abordar la manera de operacionalizar el concepto de integración en el trabajo comunal, quisiéramos hacer una pequeña referencia al término. En primer lugar, quisiéramos señalar que si bien en el mundo de habla hispana se tiene recelo de los conceptos “multiculturalismo” e “integración” pues se prefieren los conceptos de interculturalidad e inclusión; en el presente texto se ha optado por utilizar los conceptos multiculturalismo e integración tal como los autores aquí citados lo refieren. Esto, porque nos parece que las definiciones así conceptualizadas son del todo respetuosas de la diversidad y los derechos de las comunidades y los individuos.

En la década de los ochenta el psicólogo canadiense John Berry y sus colaboradores formularon un cuadro con las preferencias aculturativas de los inmigrantes, que se ha convertido en uno de los mayores referentes para el trabajo con población extranjera; no sólo desde la psicología social, sino también desde las distintas disciplinas de las ciencias sociales en general (4). Redfield, Limon y Herskovits señalan: *“la aculturación comprende los fenómenos que resultan de un contacto continuo y directo entre grupos de individuos que tienen culturas diferentes, con los subsecuentes cambios en los patrones culturales originales de uno o ambos grupos...”* (5, Pág. 75)

En su cuadro original, que con el tiempo ha ido complejizándose, Berry et al establecieron dos ejes de análisis. El primero tiene que ver con el grado en que los inmigrantes quieren mantener relación con su propia cultura y el segundo tiene que ver con el grado en que los inmigrantes quieren vincularse con la cultura de la sociedad de destino. De esta manera, se obtienen cuatro formas de aculturación según los autores: integración, asimilación, separación o marginación (6).

La integración ocurre si se desea mantener la identidad cultural del grupo de origen y a la vez se desea mantener relación con la sociedad de acogida. La asimilación se da cuando no se desea mantener la identidad cultural de origen pero sí se desea incorporarse a la sociedad de acogida. La separación acontece cuando se desea mantener la propia identidad y no se desea relacionarse con la sociedad de acogida. La marginación ocurre cuando no se desea mantener la identidad cultural y tampoco se desea relacionarse con la sociedad acogida

Estos tipos de aculturación se dan tanto a nivel de los individuos como de los colectivos: *“A nivel grupal, supone cambios en las estructuras sociales, las instituciones y las prácticas culturales mientras que a nivel individual, las transformaciones se producen en las actitudes y las conductas de las personas implicadas en el proceso”* (5, Pág.79)

Este modelo ha sufrido varias críticas: *“Entre las principales críticas del modelo de Berry se destaca que en el proceso de aculturación no se considere*

la existencia de relaciones de poder asimétricas entre los grupos culturales, siendo de facto diferentes el número y los recursos de que disponen los inmigrantes para realizar el esfuerzo adaptativo” (7, Pág.202).

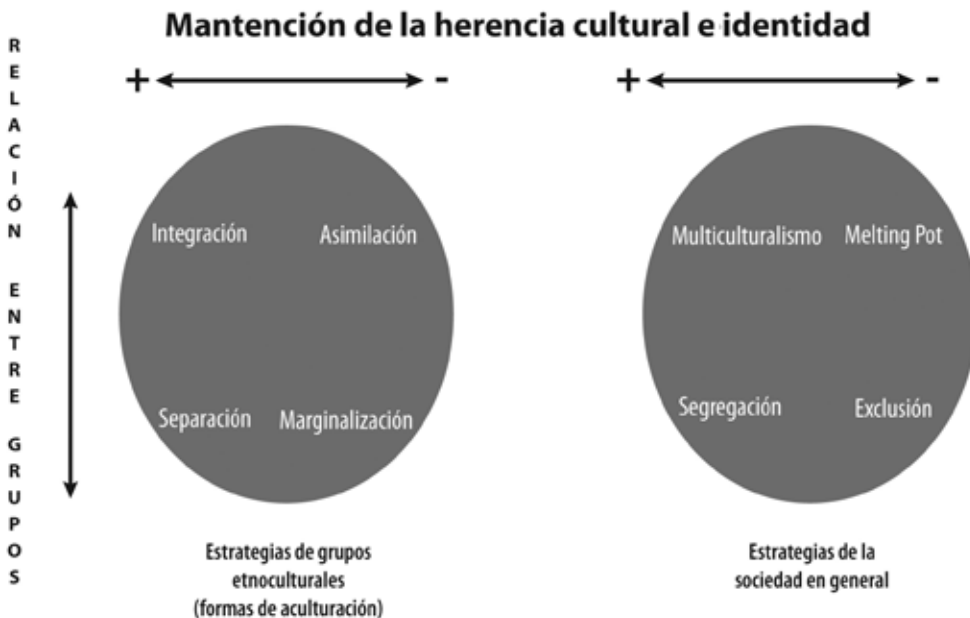
Para González-Rábago (7) otras dos grandes críticas al modelo de Berry son, en primer lugar, que no considera la percepción subjetiva que puedan tener los inmigrantes acerca de sus procesos de integración, ya que la observación se ha centrado en aspectos objetivos o ámbitos de integración en desmedro de una mirada que incorpore la percepción subjetiva de los procesos: *“Explorar el bienestar de las personas desde su propia subjetividad, nos aporta una visión más global de cómo se producen los procesos de integración y qué factores pueden influir en ellos. Investigar acerca de las estrategias de integración y de las capacidades desplegadas por las personas migrantes en sus procesos de asentamiento considero que es una cuestión nuclear en esta temática”* (7, Pág.208).

La segunda gran crítica es que además de minimizar el papel de la sociedad de acogida y de las políticas públicas en el modo en cómo se moldean las posibilidades de integración de los inmigrantes, se ha dejado de lado el papel que tiene la sociedad de origen en los procesos de integración: *“El tipo de sociedad de origen, la relación del inmigrante con ella, y, sobre todo, el vínculo transnacional que se establece entre sociedad de destino y de origen vía la persona inmigrante, son sin duda un factor importante a tener en cuenta que incide en cómo se produce la integración... (y) en la capacidad de la persona inmigrante para desarrollar estrategias que combinen ambos espacios sociales, el de origen y el de destino.”* (7, Pág.206).

Con el tiempo, Berry acogiendo las críticas a la unidireccionalidad de este modelo, amplía su mirada considerando también las actitudes de los nacionales en las posibilidades de inserción de los migrantes. Así, considerando la mirada de los nacionales del grupo dominante, hay que tener en consideración que las estrategias de integración que adopten los inmigrantes no dependerán solo de sus preferencias aculturativas, sino también de cómo el grupo dominante los recibe: *“Por ejemplo, es muy difícil que los miembros de los grupos no dominantes puedan conseguir una estrategia de integración si los integrantes del grupo dominante no apuestan también por esta estrategia, ya que la naturaleza de la misma exige un esfuerzo adaptativo recíproco”* (5, Pág.81).

Esta falta de voluntad del grupo dominante hacia la integración de otro grupo puede basarse en miedo o prejuicios y afecta directamente las posibilidades de inserción que tengan los inmigrantes. Es por ello que un trabajo municipal que tienda a la integración, no puede dejar de lado el trabajo con los nacionales. En este sentido, el modelo de Berry se puede extrapolar a la política pública (6) para ver qué tipo de contacto intergrupual y modelo de inserción se promueve con ella. (Figura 3).

Figura 3
Modelo de Berry



Fuente: Berry (6, Pág 1128).

Vemos cómo, si los miembros de la sociedad de acogida tienen una actitud positiva hacia los inmigrantes y las políticas públicas establecen espacios de inserción con respeto a la cultura de origen, se está fomentando la integración de los inmigrantes en un modelo de sociedad multicultural. Desde la perspectiva de Berry (6) tanto la integración como la multiculturalidad implican la interacción entre grupos (interculturalidad). Si la sociedad de acogida no da espacio a la mantención de la cultura, tradiciones e identidad se fomenta la asimilación de inmigrantes en un modelo político de "melting pot" que supone que "todos son iguales". Por otro lado, si a la vez que la sociedad de acogida no da espacio de respeto a la diversidad y los grupos de extranjeros quieren mantener su cultura y no se incorporan a la sociedad mayoritaria (por el rechazo que sienten) se está ante estrategias de separación y políticas de segregación. Un tipo de política de segregación son aquellas que tienden a la formación de guetos. Por último, si la sociedad

de acogida no valora la diversidad cultural y los grupos de inmigrantes –en parte por esa falta de valoración- dan la espalda a su cultura y su grupo de origen, se está ante estrategias de marginalización. Las políticas públicas que no favorecen ni la inserción en la sociedad mayor ni la mantención de la cultura y vínculos entre ciudadanos extranjeros fomentan la exclusión.

Por otra parte, teniendo en consideración que las formas de integración de los inmigrantes no tienen solo que ver con sus propias preferencias aculturativas y la visión que los nacionales tengan sobre los migrantes, sino que también con variables estructurales y/o sistémicas que condicionan las formas y posibilidades de integración. Consideramos útil tener en consideración además del modelo de Berry (que también hace referencia a estos puntos), el concepto de integración en tanto integración social e integración sistémica. Los procesos de inserción de los inmigrantes se pueden comprender tanto en sus esferas sistémicas como del mundo-de-la-vida, basados en los conceptos de integración social e integración sistémica desarrollados por Habermas, ya que ellos contemplan la integración de manera compleja y amplia (8).

Habermas desarrolla sus conceptos de integración social e integración sistémica para explicar la crisis de las sociedades del capitalismo tardío. Para Habermas, existe una conexión ineludible entre ‘integración social’ e ‘integración sistémica’ -aunque ambas formas de entender la integración nacen de tradiciones teóricas distintas- ya que el concepto de ‘integración’ en sentido global implica ambas formas (8).

Al hablar de ‘integración social’ se hace referencia al sistema de instituciones en que se socializan los sujetos, estos sistemas están relacionados con el mundo-de-la-vida (Lebenswelt) estructurado por medio de símbolos (8). Por otra parte, al hablar de ‘integración sistémica’ se hace referencia a la capacidad que tienen las sociedades para conservar sus límites y sus patrimonios dominando la complejidad de un ambiente inestable. Para Habermas la integración sistémica tiene que ver con los grandes sistemas funcionales de las sociedades del capitalismo tardío, que aseguran la reproducción material. Los medios de interacción social para la integración sistémica son: el dinero, el poder y el derecho. Así, el sistema económico, la administración burocrática (Estado) y el sistema de derecho son sistemas autónomos independientes del mundo-de-la-vida. Es decir, la medida en que una persona esté o no integrada tendrá que ver con el acceso a estos sistemas, este acceso puede ser operacionalizado, por ejemplo, según acceso a: mercado del trabajo, sistema de salud, sistema educacional, sistema financiero, sistema de vivienda, derecho a ejercer ciudadanía, etc.

Por su parte, la integración social se relaciona con la reproducción simbólica de la sociedad, con las estructuras normativas (valores e instituciones). El medio de coordinación en la integración social es la lengua y los componentes de la integración social son: cultura, sociedad y personalidad. Estos componentes desarrollan tres tipos de reproducción (reproducción cultural, integración social y socialización) que a su vez se entremezclan.

Tomando en consideración tanto el modelo de aculturación de Berry como la diferenciación entre integración social e integración sistémica de Habermas, debemos considerar que la integración que se debe buscar para la población migrante dice relación con su integración en los subsistemas sociales, es decir, con acceso y forma de acceso a trabajo, sector financiero, salud, vivienda, sistema de derecho y sistema político administrativo, entre otros subsistemas sociales y con la integración en el mundo de la vida de la sociedad de acogida mediante el conocimiento cultural y las relaciones sociales que se establezcan. Comprendemos la inserción en el mundo de la vida no desde una perspectiva asimilacionista, sino desde una perspectiva intercultural, donde se puede mantener la identidad y a la vez relacionarse con la sociedad dominante, lo que desde la perspectiva de Berry supone la integración.

En este sentido, el trabajo a desarrollar por los municipios tiene que ver no sólo con la integración a nivel sistémico, sino también con la integración a nivel social. Es decir, se deben generar estrategias de acceso a trabajo, salud, educación y derechos, entre otros. También se deben generar acciones para la conservación y autoafirmación de la identidad así como también el contacto, conocimiento e intercambio de relaciones con el grupo dominante.

Es necesario tener presente que cuando un municipio enfrenta el desafío de trabajar con población migrante, puede optar por elegir privilegiar procesos de integración sistémica, integración social o ambos con diferentes estrategias: de asimilación, de segmentación, de integración y en el peor de los casos de marginalización de la población migrante. Las decisiones que tome dependerán en gran medida de perspectivas ético-políticas de sus dirigentes (alcaldes). Borges (9) hace un análisis de cómo la política pública puede adoptar modelos tendientes a los tres primeros procesos mencionados. (tabla 3).

Tabla 3

Descripción de tres modelos: Asimilacionismo, Segregacionismo y Multiculturalismo.

	Asimilacionismo	Segregacionismo	Multi-culturalismo
La concepción migrante	Trabajador , y posible ciudadano en función de su capacidad de ser asimilado	Trabajador invitado o gastarbeiter. Temporalidad.	Trabajador o no, y posible ciudadano en condiciones de igual respeto de su identidad personal
El código de la nacionalidad	lus soli	lus sanguini	lus soli

La relación con las minorías étnicas	Invisibilización. Igualdad formal	Invisibilización. Igualdad formal o incluso discriminación directa por razón de nacionalidad.	Visibilización. Igualdad formal y material.
Proceso de integración	unidireccional	“no camino”[no posible]	bidireccional

Fuente: Borges (9, Pág 38).

Este es un ejemplo que sirve para guiar las acciones que los gobiernos locales destinen a la integración de los migrantes. Necesariamente las acciones desde la política pública, ya sea gubernamental o local deben pensarse desde estas lógicas para poder producir el resultado deseado. Una política que no planifique sus acciones en torno a los resultados que desea obtener puede, con las mejores intenciones, producir un resultado indeseado. Si bien los municipios no tienen posibilidad de tomar decisiones con respecto a criterios como la vía por la que se otorgará la nacionalidad, sí puede decidir qué tipo de inserción incentivar.

Un municipio podría comprender a los inmigrantes como un ciudadano más, “igual que todos” y bajo esta definición impulsar procesos de asimilación. Es probable que si esta es la visión, el municipio no opte por abrir un programa u oficina especial para inmigrantes pues considere que ellos deben atenderse en las oficinas y programas existentes en la municipalidad. Consideramos que este tipo de proceso no respeta el derecho que tienen los extranjeros a que su identidad y su cultura sean respetadas y valoradas.

Un municipio también puede propiciar, buscándolo o no, estrategias de segregación en la medida en que abra un programa u oficina de atención a inmigrantes y no favorezca espacios de encuentro entre los nacionales y los inmigrantes en la comuna. La creación de un espacio diferenciado de atención, si no se pone en diálogo con los demás espacios municipales, puede generar resquemor de parte de funcionarios y nacionales en general.

Si un municipio pone requisitos especiales para el acceso de servicios a población migrante, como por ejemplo pedir certificados de residencia que no se piden a los nacionalidades para la realización de trámites administrativos, está generando un proceso de marginalización, pues no sólo no está ayudando a proceso de inserción y de encuentro con los nacionales, sino que además dificulta el acceso de los extranjeros a los sistemas existentes.

La integración, que consideramos la estrategia de inserción más positiva, se puede llevar a cabo en un municipio si éste crea una oficina, un programa o simplemente capacita a sus funcionarios para una atención que contemple la diversidad cultural de la población extranjera y genere acceso tanto a esferas de la integración sistémica (trabajo, vivienda, salud, educación, etc.) como a la integración social mediante el favorecimiento del contacto con la sociedad de acogida y dentro de los diversos grupos de extranjeros. Es imprescindible que este tipo de acciones consideren el trabajo con la comunidad nacional local para bajar prejuicios y potencial de discriminación sobre la población migrante. Esto se puede realizar mediante el fomento de trabajo conjunto, por ejemplo, en el desarrollo de áreas verdes.

6. Sello migrante

Para apoyar el trabajo municipal que tienda a lo que ahora hemos definido como integración de la población migrante, el DEM ha creado el Sello Migrante, un reconocimiento que se otorga a los municipios que han logrado desarrollar un esquema de trabajo efectivo con población migrante, pero que también refiere a un compromiso del DEM de colaborar con el proceso de gestión de dicho trabajo. La obtención de la certificación del sello migrante supone el cumplimiento de tres de los cinco requisitos que se establecen y tener un plan de trabajo para la concreción de los dos restantes. El DEM acompaña el proceso de obtención de la certificación entregando apoyo para el cumplimiento de los requisitos.

A continuación mencionaremos los requisitos que se deben cumplir:

1. Requisito de contar a nivel municipal con una institucionalidad que se haga cargo de la migración. El sello migrante busca que las municipalidades creen o fortalezcan, ya sea un programa, una oficina o un equipo profesional destinado al trabajo con población extranjera. Se pretende promover procesos inclusivos, otorgar información y propender a la participación de la población migrante. Todo esto se sustenta en las directrices del instructivo presidencial N° 5 del año 2008.
2. Requisito de contar con un plan comunal de capacitación a las y los funcionarios públicos. Lo que se espera es que los funcionarios municipales estén habilitados en temas de migración, interculturalidad e inclusión. Esto supone que se forme a “formadores” municipales. Para este plan de formación se debe tener en consideración el plan nacional de capacitación que ha desarrollado el DEM con sus funcionarios.
3. Requisito de tener políticas públicas locales inclusivas. El contar con este tipo de políticas es un paso para la igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones entre los vecinos de la comuna. Para la elaboración de dichas políticas se puede contar con las propuestas del Consejo técnico de Política Migratoria. Este requisito está fundado en la Ley 20.609 de Antidiscriminación.

4. Requisito de contar con planes de regularización. Este requisito busca promover la regularidad migratoria a través de programas específicos en áreas como educación y salud. Una base para esto es el Instructivo presidencial N° 5 y los convenios sectoriales y tratados internacionales.
5. Requisito de apoyo a la asociatividad y participación de la población migrante. Lo que se busca es facilitar y fomentar la asociatividad de la población migrante, junto con su participación en las decisiones locales. Todo esto se fundamenta en la Ley 20.500 de participación.

En la actualidad se ha hecho entrega de una certificación de Sello Migrante. La municipalidad reconocida con el sello migrante es la I. Municipalidad de Quilicura. A su vez, 8 municipalidades han firmado compromiso para la obtención del sello migrante (Peñalolén, Recoleta, Conchalí, Independencia, Maipú, Providencia, Estación Central y Quinta Normal) y otras nueve han manifestado su interés en firmar: Cerrillos, Santiago, La Reina, Lo Espejo, Lo Prado, Pedro Aguirre Cerda, Pudahuel, San Bernardo y San Ramón.

El merecido reconocimiento a la I. Municipalidad de Quilicura se debe al buen funcionamiento de su oficina de inmigrantes y refugiados que abrió en el año 2011. Como se mencionó anteriormente, el colectivo más numeroso en dicha comuna es el haitiano, lo que presenta un desafío adicional para el trabajo municipal pues se trata de personas que no necesariamente hablan español y que poseen una cultura distinta a la nacional. Es por ello que para fundamentar su accionar la Municipalidad de Quilicura en el año 2012 llevó a cabo un diagnóstico sobre la realidad migratoria de la comuna. Este estudio fue dirigido por Eduardo Thayer y fue realizado en colaboración con la Universidad de Los Lagos, ACNUR, OIM y la Fundación San Carlos del Maipo. A partir de los resultados obtenidos se desarrolló un plan de acogida que consideró como fundamento el enfoque de derechos y la mirada de los actores (1). Los problemas diagnosticados y las propuestas de abordaje diseñadas fueron las siguientes:

1. Problemas en la inserción escolar de los niños, entre otras razones debido a discriminación, falta de habilidades de mediación intercultural en establecimientos educacionales, baja participación de apoderados, escasos mecanismos de nivelación y falta de reconocimiento de aprendizajes previos de los niños. La propuesta desarrollada para enfrentar este desafío fue la capacitación a miembros de la comunidad escolar en mediación intercultural, inducción al leguaje y cultura local para niños y políticas de vinculación para los padres y apoderados de niños migrantes.
2. Problemas en salud por falta de información sobre derechos, dificultades de establecer un diagnóstico debido a la falta de historial médico y dificultades de comunicación. La forma de abordar estos desafíos fue una capacitación sobre derechos tanto a funcionarios como a población extranjera, un programa de intermediación sanitaria y una política de atención personalizada para reconstruir historial médico.
3. Problemas en vivienda y convivencia en el barrio por abusos en el arriendo, malas condiciones habitacionales, falta de contacto intercultural y choques culturales en la ocupación del espacio. Estos problemas se enfrentaron mediante un plan de apoyo municipal para facilitar acceso a vivienda, implementación de programas de intermediación laboral y creación espacios de encuentro entre culturas.
4. Problemas en el ámbito del trabajo por escasa información acerca de los derechos laborales, desprotección jurídica y relación abusiva con empleadores. Esto se enfrentó mediante el apoyo jurídico y psicológico a inmigrantes y ampliación de la oferta de cursos de capacitación. Adicionalmente se institucionalizaron mecanismos formales de lazos entre trabajadores y empleadores.

Todo aquello fue el punto de partida de un trabajo bien realizado y que se ha ido consolidando en el tiempo con un catastro de la población migrante en la comuna, formación municipal, cursos de idioma y el fomento de espacios de integración entre otras materias.

7. Conclusiones

Consideramos de suma relevancia que todo trabajo municipal cuente con un diagnóstico para poder abordar la temática en su comuna, pues como hemos observado el tipo de inmigrantes residentes en las distintas comunas es heterogéneo. El trabajo a desarrollar debe tener claro el horizonte perseguido, que siempre ha de ser la integración para que la experiencia migratoria sea beneficiosa tanto para el territorio como para el inmigrante.

En materia de integración y ejercicio de derechos ciudadanos consideramos muy interesante la experiencia desarrollada en el municipio de Bonn en Alemania, donde se contempló la creación de un consejo de integración que se compone de 17 representantes de elección directa (la población migrante elige entre sus miembros a sus representantes) y nueve representantes municipales. Dicho consejo tiene facultad decisional sobre temas de política comunal que atañen a la población migrante. Creemos importante animar a los municipios en Chile a seguir ejemplos como este para que la integración de los inmigrantes no se dé sólo a nivel del mercado laboral y del consumo, sino también a nivel de los derechos.

8. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Es necesario que tanto la política pública en general como los gobiernos locales reflexionen en torno al tipo de integración que se pretende incentivar para la población migrante. Dicha reflexión no puede estar ajena a los convenios suscritos por Chile y, por lo tanto, debe ser respetuosa de los derechos de los inmigrantes, incluyendo el derecho a mantener su identidad y su cultura.

Con una reflexión de este tipo el Estado podrá promover políticas que operacionalicen el resultado deseado y podrá ir midiendo en el tiempo si la política impulsada produce los efectos requeridos. Hace falta en Chile desarrollar sistemas de evaluación de política pública que se centren en los resultados de la misma. En este caso, informaciones que no sólo den cuenta del número y características de los migrantes en ciertos territorios, sino que también puedan observar los efectos de las políticas comunales y estatales.

Dichas políticas debieran siempre promover el fortalecimiento del tejido social tanto entre los migrantes como entre nacionales y extranjeros, pues no se puede pensar la integración de manera unidireccional, todos debemos ser parte del proceso.

Para que una política pública funcione realmente, debe articular las distintas iniciativas sectoriales. Hace falta que las distintas organizaciones involucradas en los procesos de integración de población extranjera conozcan el trabajo de las demás instituciones, puedan relacionarse y no dupliquen esfuerzos o cometan los mismo errores.

Paralelo a esto hace falta mayor información sobre cada colectivo en particular, su integración social y sistémica en el país, su mayor o menor capacidad de comunicación con la cultura chilena. Conocer los procesos de cada colectivo permite generar intervenciones que efectivamente sean atingentes a las necesidades de los inmigrantes.

Sostenemos que cada uno de estos desafíos puede ser abordado mediante la generación de mayor conocimiento y su aplicación. En este sentido, pensamos que una vinculación entre la academia y el Estado es fundamental para hacer de Chile un país que pueda generar acciones efectivas que permitan que nacionales y extranjeros puedan desarrollar sus potencialidades

Tabla 4

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	Necesidad de conocer los problemas de salud de los distintos colectivos migrantes a nivel comunal	Realizar un catastro de la situación de salud de los migrantes que se atienden en los servicios de salud de la comuna
Dimensión: Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Promover espacios de integración para fortalecer el tejido social entre migrantes • Promover espacios de integración para fortalecer el tejido social entre nacionales y extranjeros 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar espacios de atención y de encuentro para que los extranjeros puedan conocerse y compartir • Generar programas de acción comunal que consideren el trabajo conjunto entre nacionales y extranjeros
Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional	Contar con conocimiento de todas las acciones intersectoriales que fomenten la integración de la población migrante	Desarrollar un catastro de las acciones existentes que fomenten la integración de los migrantes e ilumine la brecha de aquellos ámbitos en los que aún hace falta desarrollar acciones
Dimensión: investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer cómo los distintos colectivos de migrantes viven sus procesos de integración social y sistémica en Chile • Evaluación del efecto de las políticas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiar investigaciones acerca de las estrategias de inserción social y sistémica de distintos colectivos • Financiar evaluaciones de los resultados que las políticas públicas han propiciado con sus medidas

9. Referencias

1. Thayer, Eduardo. Plan de acogida y reconocimiento de migrantes y refugiados de la comuna de Quilicura. Municipalidad de Quilicura, 2014.
2. Departamento de Extranjería y Migración. Anuario Estadístico Nacional 2005-2014. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-Estad%C3%ADstico-Nacional-Migraci%C3%B3n-en-Chile-2005-2014.pdf>
3. Servicio Electoral de Chile. Bases Estadísticas Servel
4. Berry, John. Intercultural relation in plural societies. *Canadian Psychology*. 1999; 40(1): 12-21,
5. Retortillo, Álvaro. "Evolución en los modelos psicológicos de aculturación en Norteamérica y en Europa: de la unidimensionalidad a la bidimensionalidad en el tratamiento de la inmigración" *Revista de Historia de la Psicología* 2009; 30(1): 73-89. Valencia.
6. Berry, John. Intercultural relations in plural societies: research derived from multiculturalism policy. *Acta de Investigación psicológica*, 1122-1135, México, 2013.
7. González-Rábago, Yolanda. Los procesos de integración de personas inmigrantes: límites y nuevas aportaciones para un estudio más integral. *Athenea Digital* 2014; 1481:195-220.
8. Habermas, Jürgen. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main; 1981.
9. Bórges, Lola. Inmigración y políticas públicas de integración: la evolución de un proceso inacabado. Valencia: CEFD N° 28, 2013.
10. CuChe, D. La notion de culture dans les sciences sociales. Paris: Editions La Découverte; 1996.
11. De Federico, A. Los espacios sociales de la transnacionalidad. *REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales*. 2004; 7(4).
12. Doña, C. y Mullan, B. Migration policy and development in Chile. *International Migration*. 2014; 52 (5).
13. Integration of migrants: contribution of local and regional authorities. European Foundation for improvement of living and working conditions [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en: www.eurofound.eu.int
14. Esser, Hartmut. *Soziologie: Spezielle Grundlagen*. Band 2: Die Konstruktion der Gesellschaft. Frankfurt/New York: Campus; 1993
15. Estrach, Núria. La máscara del multiculturalismo. *Scripta nova*. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; disponible en <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-104.htm>
16. Forno, Amílcar. Multiculturalidad e interculturalidad: explorando los determinantes contextuales de la identidad. [Recuperado el 20 de Junio de 2016] disponible en: <http://www.bicentenario.gov.cl/inicio/visitando/Ensayo%20Amilcar%20Forno.doc>
17. García, María Rita. Actitudes de aculturación ante la inmigración: opiniones de agentes sociales en el municipio de vícar (almería). *Nimbus*. 2008; 21(22): 121-132.
18. Glazer, Nathan. *We are all multiculturalists now*. Cambridge- Massachussets- London- England: Harvard University Press; 1997.
19. Guzmán, Oriana. La diversidad étnica como variable en la intervención de trabajo social. *Revista Trabajo Social Universidad nacional de Bogotá*, Colombia, 2011. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/28447/39617>
20. Hills, M. D.. Kluckhohn and Strodtbeck's Values Orientation Theory. *Online Readings in Psychology and Culture*. [Recuperado el 20 de Junio de 2016]; <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1040>. 2002; 4(4).
21. Kymlicka, Ciudadanía multicultural: una teoría liberal de los derechos de las minorías. Barcelona: Paidós; 1996.
22. Mármora, Lelio. *Las políticas de inmigración internacional*. Madrid - Buenos Aires: OIM/ Alianza Editorial; 1997.
23. NASW. Indicators for the achievement of the nasw standards for cultural competence in social work practice. NASW, 2007.
24. Navas et al. Actitudes de aculturación y prejuicio: la perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Almería: Psicothema*. 2008; 18(2)
25. Pink, Gerald; Unterberger, Christina. *Intercultural encounters. Interkulturelle Begegnungen*. Austria: Omega-Graz; 2004. Disponible en: <http://www.omega-graz.at/publikationen/intercultural-encounters.pdf>
26. Repetto, Elvira. La orientación intercultural: problemas y perspectivas. *Orientación y Sociedad*. 2001/2002; 3
27. Taylor, Charles. *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: Editorial Fondo de Cultura Económico; 1993.
28. Wing, Derald y Sue, David. *Counseling the culturally diverse. Theory and practice*. USA: John Wiley and Sons Inc.; 2003.

10. Acerca del autor

Claudia Silva, PhD

Trabajadora Social UC y doctora en sociología por la Universidad de Bonn en Alemania. Sus temas de especialización son migración y diversidad cultural. Actualmente se desempeña como Jefa de la Sección de Estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Es académica de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad de Chile, ha sido Subdirectora de Docencia de la Escuela de Trabajo Social UC, Coordinadora del Magíster en Trabajo Social UC, Editora de la Revista Trabajo Social UC y directora de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar.
Email: casilva@interior.gov.cl

Sección II

La salud de migrantes internacionales en Chile: Evidencia nacional



Introducción a Sección II

Báltica Cabieses, PhD

1. Contextualización

La migración es un reconocido determinante social de la salud en el mundo (1) y en Chile (2). Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que esta población sea potencialmente vulnerable y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública (3-6). A nivel mundial, se estima que existen alrededor de 200 millones de personas migrantes internacionales (7, 8). Cifras del año 2011 muestran que en América Latina y el Caribe, unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país (9). En general, los EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región (10).

Tal como se ha establecido en capítulos previos, la complejidad asociada al fenómeno migratorio requiere de la incorporación de diferentes estrategias metodológicas. Es por esta razón que el proyecto Fondecyt 11130042 *Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos (2013-2017)*, ha incorporado una metodología que incluye una fase cuantitativa de investigación, cuyo objetivo es:

1. Actualizar la evidencia cuantitativa disponible en Chile en la actualidad respecto del estado de salud, acceso y uso de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y compararlo con la población local.

2. Descripción de esta sección

El propósito de esta sección es dar a conocer los resultados de estudios sobre salud de migrantes internacionales en Chile, la mayoría de ellos de base poblacional, así como también dar a conocer algunas intervenciones innovadoras desde el sistema de salud para migrantes internacionales de base nacional y local. Incluye el análisis de algunas bases de datos disponibles en la actualidad en el país, tales como Censo, CASEN, y egresos hospitalarios. Esta sección es una puesta al día sobre la evidencia científica disponible sobre salud de migrantes en nuestro país y lo logra a través de siete capítulos inéditos en esta temática.

El primer capítulo (capítulo 7) de esta sección está referido a un análisis espacial de vulnerabilidad social en población migrante y local en Chile, a partir de los tres últimos Censos del país. Para ello, se estimó por primera vez en el país un índice de vulnerabilidad social, símil al *Index for Multiple Deprivation* creado en Inglaterra y ampliamente utilizado en países desarrollados. El principal hallazgo de este estudio es que los migrantes internacionales tienden a concentrarse en comunas particulares del país, y que, si bien los inmigrantes vulnerables se concentran en algunas comunas del norte y centro de Chile, estas comunas no siempre son las mismas que concentran los mayores rangos de vulnerabilidad para la población general. Esto da cuenta entonces de una gran variabilidad en la vulnerabilidad social espacial de la población migrante internacional en Chile, lo que requiere de mayor estudio y comprensión en nuestro país.

El segundo capítulo (capítulo 8) describe el perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile y lo compara con la población local. Este análisis se realiza a partir de la base de datos de la Encuesta de Caracterización Socio-económica CASEN 2013, de representación nacional, y se complementa con valiosa evidencia de solicitudes de visa de parte del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Destacan como aportes de este capítulo: (i) si bien la población migrante internacional en Chile proviene en su mayoría de países

fronterizos, en los últimos años han crecido otros colectivos, como son los colombianos, venezolanos y haitianos; (ii) la desigualdad social al interior de la población migrante es mucho mayor que en la población chilena; (iii) los migrantes presentan una proporción mayor de personas en pobreza multidimensional y hacinamiento de vivienda que los chilenos; (iv) niños migrantes dejan el sistema escolar antes que los chilenos y presentan cifras de pobreza multidimensional que doblan a la población nacional.

El tercer capítulo (capítulo 9) analiza el uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y lo compara con chilenos. Este análisis se realiza a partir de la base de datos de la Encuesta de Caracterización Socio-económica CASEN 2013. Uso efectivo fue analizado en forma amplia, con dos grandes indicadores: uso de servicios de corto plazo (últimos tres meses) y de largo plazo (últimos 12 meses, relacionados a cobertura AUGE). De los resultados destaca: (i) un 8,9% de los inmigrantes del país afirma no tener previsión de salud; (ii) inmigrantes de 0-14 años es el que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud (12,3%); (iii) casi un cuarto de los inmigrantes que no consultaron por necesidades a corto plazo, no lo hicieron porque intentaron pedir hora al sistema de salud pero no la obtuvieron; (iv) El porcentaje de inmigrantes que afirmó estar en tratamiento por alguna condición médica en los últimos 12 meses es casi la mitad del porcentaje de chilenos en la misma situación (inmigrantes: 13% vs chilenos:24%)

El cuarto capítulo (capítulo 10) reporta un análisis comparativo de egresos hospitalarios entre migrantes internacionales y población local, de acuerdo a la base de egresos hospitalarios de todo el país del año 2012. Este análisis da cuenta de evidencia inédita acerca del complejo uso de servicios secundarios por parte de la población migrante. En especial destaca el elevado porcentaje (en comparación con la población local) de egresos hospitalarios por causas propias del género femenino, lo cual apoya la teoría de la feminización de la migración. Las cuatro causas principales de egresos hospitalarios para población migrante fueron: (i) embarazo, parto y puerperio, (ii) traumatismos, envenenamientos y causas externas, (iii) tumores y (iv) del sistema digestivo. Al mismo tiempo, destaca la alta proporción de egresos en inmigrantes correspondientes a sujetos sin previsión de salud.

El quinto capítulo (capítulo 11) da cuenta de los elementos que están a la base de la disparidad entre el discurso observado de *stakeholders* locales y mujeres migrantes en situación migratoria irregular en el campo de la atención primaria de salud, en contraste con datos oficiales del Departamento de Extranjería e Inmigración. Para ello, presenta hallazgos cualitativos de discursos de mujeres migrantes internacionales y autoridades de salud primaria en torno a acceso y uso de servicios de salud prenatales en Chile. Esto en el marco del estudio *“Atención de inmigrantes embarazadas y sus hijos en el nivel primario de salud, en el marco del Chile Crece Contigo”* (tesis doctoral M. Guerra).

El sexto capítulo (capítulo 12) presenta evidencia cuanti-cualitativa sobre nacer y crecer en Chile. La evidencia cuantitativa proviene de datos de atención prenatal 4 centros de salud primarios comuna de Recoleta (tesis de Magíster P. Bustos) y destaca que un 29% de mujeres migrantes que accedieron a atención prenatal se encontraban sin previsión de salud (versus 99% de cobertura en mujeres embarazadas chilenas) y que las mujeres inmigrantes comienzan sus controles maternos en forma más tardía, inclusive tras considerar si fue o no trasladada desde otro centro. La evidencia cualitativa proviene de entrevistas y grupos focales a migrantes, autoridades locales y trabajadores de salud primaria en 8 comunas de todo Chile, y que es parte del proyecto Fondecyt 11130042. Esta evidencia demuestra la dificultad de padres migrantes de dejar a sus hijos en el extranjero, las exigencias de sobreponerse a la discriminación escolar y social cuando están con ellos, y la pobreza que muchas familias experimentan hoy en nuestro país.

El séptimo y último capítulo de esta sección (capítulo 13) da a conocer dos innovaciones en atención de salud a migrantes internacionales en Chile. La primera innovación es de nivel central, del Ministerio de Salud (*Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes*) y la segunda innovación es de nivel local, en la comuna de Santiago y en colaboración con el Programa de Estudios Sociales en Salud de la UDD (*Plan de Atención Inicial a Migrantes*). Si bien estas innovaciones no dan cuenta de los vastos esfuerzos que hoy se realizan para proteger y mejorar las condiciones de vida y salud de migrantes internacionales en nuestro país, en especial a nivel municipal y comunitario, ciertamente permiten reflexionar acerca de la dirección y desafíos pendientes de este tipo de iniciativas.

3. Estructura de Capítulos

Los capítulos siguen una estructura común, compuesta por medio de las siguientes secciones:

- Cuadro resumen
- Antecedentes
- Propósito
- Cuerpo del capítulo (resultados)
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Referencias
- Acerca de los autores

4. Referencias

1. Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv.* 2010;46(3):5-7. Epub 2010/12/16.
2. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health.* 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.
3. Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Ethnicity & health.* 2004;9:S93-54.
4. Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo--The Oslo Health Study. *Osteoporos Int.* 2005;16(6):623-30. Epub 2004/09/15.
5. Azerkan F, Zendejdel K, Tilgren P, Faxelid E, Sparen P. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *International journal of cancer Journal international du cancer.* 2008;123(11):2664-70. Epub 2008/09/05.
6. Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer.* 2009;45(1):107-18. Epub 2008/10/03.
7. United Nations. *World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003.* Available from: www.un.org.
8. United Nations. *Trends in total migrant stock: the 2005 revision.* Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
9. International Organization for Migration. *World Migration report 2012.* World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.
10. Alvarado I, Sanchez H. *Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet].* 2002 9th February 2011. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>.

Capítulo 7

Vulnerabilidad territorial de migrantes internacionales en Chile: análisis de Censos 1992-2012

Andrea Vásquez, MSc

Coordinadora de Investigación, Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN/ Fondap 15110017), Pontificia Universidad Católica de Chile

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Helena Tunstall, PhD

Investigadora Departamento de Geografía Humana, Universidad de Edimburgo



1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- En Chile hay pocos estudios acerca de la situación territorial de los migrantes internacionales.
- La investigación disponible en la actualidad se basa en escalas espaciales reducidas, no considerando el país completo.
- La representatividad territorial a escalas más amplias es un desafío esencial, sumado a la dificultad de mantener la calidad de estos datos a lo largo del tiempo.
- No se ha investigado de manera detallada la relación entre el fenómeno migratorio y la vulnerabilidad social en su dimensión espacial. Esta información sería útil para desarrollar y fortalecer estrategias políticas sociales y de salud para proteger las condiciones de vida y bienestar de población migrante y local que experimenta vulnerabilidad identificable a nivel espacial.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Una de las pocas fuentes de información de representación nacional que están disponibles en nuestro país sobre migración son las fuentes censales.
- De acuerdo a este análisis, los migrantes internacionales se han concentrado en determinadas regiones y comunas a lo largo del tiempo; sin embargo, este patrón se ha acentuado en las últimas dos décadas.
- Si bien los migrantes internacionales vulnerables se concentran en algunas comunas del norte y centro de Chile, estas comunas no siempre son las mismas que concentran los mayores rangos de vulnerabilidad para la población general. Hay entonces gran variabilidad en vulnerabilidad social espacial en población migrante internacional en Chile.
- No obstante lo anterior, los migrantes internacionales vulnerables se han concentrado en las comunas que a su vez presentan la mayor concentración de inmigrantes a nivel nacional, sobre todo en comunas del norte y de la zona central de Chile.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- En primer lugar, dado que los datos presentados se basan en auto-reporte de estatus migratorio, existe el riesgo de sesgo de sub-reporte de migrantes internacionales en situación irregular. Conocer las condiciones de vida a nivel individual, familiar y espacial agregado aportarían necesaria información para el desarrollo de políticas de protección social.
- Por otra parte, queda pendiente incorporar una mirada multidimensional de su vulnerabilidad, añadiendo variables de entorno para saber cuál es el impacto que tiene esta distribución espacial en el territorio y cómo los migrantes internacionales interactúan con él (acceso a servicios básicos, como salud, educación, alimentación).

d) **Palabras clave:** Migrantes internacionales, censos de población y vivienda, vulnerabilidad, análisis espacial

2. Antecedentes

2.1. Patrones de migración internacional en Chile

Los patrones migratorios presentan diferentes dinámicas en el tiempo. A nivel mundial se estima que migran alrededor de 230 millones de personas anualmente, lo que equivale aproximadamente al 3% de la población mundial (1-3). En América Latina y el Caribe esta proporción se incrementa ligeramente, alcanzando cerca de un 4% (4,5). Si bien el destino predominante de la migración que tiene como origen América Latina es Estados Unidos, hay también una dinámica migratoria interna en la Región Latinoamericana, cuyo movimiento origen-destino es desde países menos desarrollados a países más desarrollados dentro del cono sur (3).

Actualmente, Chile está definido como un país de altos ingresos, considerando su ingreso per cápita. Sumado a su ingreso, el país presenta indicadores de salud alentadores en comparación con países vecinos, lo que reafirma su ingreso a los países de altos ingresos. Algunos de estos indicadores son un mejor estado de salud de la población general, menores tasas de mortalidad infantil y el incremento sustantivo en la esperanza de vida, lo que vuelve a Chile un país destacado dentro del contexto latinoamericano (6-9).

De acuerdo a las últimas proyecciones poblacionales de Chile, el año 2016 la población chilena superaría los 16 millones de personas. Además, en Chile cerca del 90% de la población habita en zonas urbanas o ciudades y solo el 13% lo hace en zonas rurales (10,11). Esto ha producido que el fenómeno de urbanización concentre estas dinámicas migratorias atrayendo a la población migrante a las ciudades, pese a que estas olas migratorias han tenido sus propias dinámicas y patrones de distribución espacial en áreas territoriales más reducidas en el tiempo.

En la década de los <60, por ejemplo, la población migrante provenía principalmente de Europa y se asentaba en la zona centro-sur y sur de Chile (12), mientras tanto en el norte ya se comenzaba a visualizar la migración transfronteriza, sobre todo del caso boliviano (12). No obstante, el fenómeno migratorio más intenso ocurre a partir del año 1992 (Tabla 1). Durante la década de los <70 y <80 la migración internacional en Chile provenía fundamentalmente de Europa, países árabes y asiáticos. No obstante, en las últimas dos décadas la inmigración proveniente de otros países de la Región Latinoamericana se ha incrementado, con un aumento general además de la proporción de migrantes internacionales respecto de la población nacida en Chile (4).

Tabla 1

Cantidad de migrantes internacionales (extranjeros) reportados en los Censos poblacionales de Chile, desde año 1907 hasta año 2012.

Censo	Población extranjera	Población total país	Proporción de inmigrantes sobre población total
1907	132.312	3.231.022	4,1
1920	114.117	3.730.235	3,1
1930	105.463	4.287.445	2,5
1940	107.273	5.023.539	2,1
1952	103.878	5.932.995	1,8
1960	104.853	7.374.115	1,4
1970	90.441	7.761.934	1,2
1982	84.345	11.329.736	0,7
1992	114.498	13.348.401	0,9
2002	197.929	15.116.436	1,3
2012	324.074	16.341.929	2,0

Fuente: Censo de población de 1960 (12), Censo de población y vivienda 1970, 1982, 1992 (13), 2002 (11) y 2012 (14).

La migración es un proceso complejo que está influenciado por procesos sociales internacionales e intra-nacionales, además de motivaciones individuales y familiares para quienes buscan mejores oportunidades de vida en un país extranjero. Para intentar entender el fenómeno migratorio internacional y sus causas subyacentes, hay distintas teorías que la explican (15), tales como: la teoría de “tiraje y empuje” (*push and pull*) (16–18), teoría de causalidad acumulativa (16,19), teoría global (20,21) y teoría de comportamientos (22).

La teoría de causalidad acumulativa es una de las más utilizadas para entender el fenómeno migratorio (23). Esta teoría acuña el concepto de migración en cadena, lo que sugiere que antes de viajar a un país de destino, los inmigrantes generan una red social en el país extranjero, el cual involucra a familiares o amigos del país de origen, constituyendo así su red de apoyo en el país de llegada. El trasfondo espacial de esta teoría supone que hay áreas geográficas de distinta magnitud (barrios, comunas, regiones) que se convertirán en polos de atracción para otros migrantes potenciales que comparten el país de origen, lo que inicialmente generaría una concentración espacial de migrantes, como evidencian algunos casos de estudio presentados en el pasado (24,25).

2.2. Vulnerabilidad social espacial de migrantes internacionales

Tal y como lo señaló Cabieses el 2016 (26), existe hoy una preocupación mundial por la existencia de grupos vulnerables que no están experimentando su mejor calidad de vida o nivel de salud (27,28). Avances socioeconómicos y tecnológicos sin precedentes en el nivel de vida, bienestar y riqueza para un mayor número de personas que en cualquier otro momento de la historia, irónicamente, han ido acompañados de una mayor conciencia de la amplia gama de vulnerabilidades que las sociedades humanas enfrentan (29). La vulnerabilidad es una característica intrínseca del ser humano, que le ha acompañado desde sus inicios y que ha sido imposible de erradicar o controlar (30).

El concepto de vulnerabilidad es multidimensional y se ha utilizado en muchas disciplinas (31). Más que una definición estática se ve hoy como un concepto dinámico que es parte de la existencia humana en cualquier país del mundo. Incluso entre los países desarrollados, que han encontrado una manera de erradicar la pobreza absoluta y el hambre, existe una potencial vulnerabilidad a las crisis económicas, los desastres naturales, o enfermedad. Estos son los mismos peligros que enfrentan, por su parte, los países en vías de desarrollo, pero estos últimos están mucho menos preparados para las consecuencias de esas potenciales catástrofes humanas y naturales. En países de bajos y medianos ingresos muchas personas carecen de los activos, la infraestructura y las instituciones que los ciudadanos de las economías avanzadas poseen, aunque sea de manera imperfecta, como medida de protección contra la vulnerabilidad (32). Más aún, debido a complejos procesos de la economía global, la vulnerabilidad social experimentada en los países en desarrollo afecta a su vez el grado de vulnerabilidad de las economías avanzadas (30). Por lo tanto, la vulnerabilidad no es solo tema de los individuos o las sociedades de manera aislada, sino que la vulnerabilidad es hoy un reconocido tema global (33,34).

Bajo el prisma de la teoría de causalidad acumulativa de la migración internacional y el concepto de la migración en cadena, hay espacios residenciales específicos en los países que se vuelven polos de atracción para la migración internacional, basado en la localización de los primeros migrantes que llegaron y sus redes de familiares y amigos que deciden migrar a continuación. Sin embargo, dentro de las consecuencias socio-territoriales que tiene esta concentración espacial, se cuenta el estigma social que reciben estos espacios de concentración de inmigrantes internacionales, discriminación, aislamiento y muchas veces pobreza.

Tomando en cuenta estos antecedentes, cabe la pregunta por la dimensión espacial de la vulnerabilidad social de los inmigrantes internacionales que han tomado la opción de residir en Chile. Uno de los principales indicadores para medir vulnerabilidad social en Chile tiene que ver con la línea de pobreza, la cual se obtiene mediante el cálculo de una canasta básica de alimentos y el ingreso per cápita para cubrirla. De acuerdo a esto se distinguirá entre la población que tiene el ingreso para cubrirla (población no pobre) y quienes no tienen el ingreso mínimo para cubrir esta canasta básica (población pobre). Esta línea de pobreza se ha calculado con los datos proporcionados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN, cuyos datos se encuentran disponibles desde el año 1985 cada tres años aproximadamente (35). Con la última CASEN 2013, la aproximación a la pobreza cambió hacia una mirada multidimensional, considerando otras variables además de la canasta básica de alimentos tales como educación y acceso a salud (36).

Una segunda aproximación que se ha utilizado para medir la vulnerabilidad social de la población está basada en la fuente de datos censales y corresponde al indicador de necesidades básicas insatisfechas, el cual está compuesto de las siguientes dimensiones: (i) disponibilidad de servicios sanitarios, (ii) educación, (iii) calidad de la vivienda y (iv) hacinamiento (37). Este indicador fue desarrollado para países con ingresos medios de América Latina y ha sido utilizado como un parámetro para caracterizar y comparar la vulnerabilidad de distintos países que componen la Región Latinoamericana. Una de sus principales limitantes es que las variables que utiliza se van actualizando con el tiempo y pueden variar tanto en tiempo como entre países, dada la medición de las variables respectivas en cada país (37).

En el contexto mundial, pero sobre todo en el europeo, durante los últimos 30 años se han desarrollado los índices de deprivación múltiple, los cuales se han aplicado en distintos contextos y con variados grupos demográficos (38–40). Este tipo de indicadores se basa en el concepto de deprivación, el cual no solamente está referido a pobreza material, sino a la falta o carencia de otras dimensiones sociodemográficas, sociales y de entorno, las cuales no se solucionarían aunque se superara la pobreza material en su dimensión absoluta (38–41). La deprivación, al ser un concepto multidimensional, involucra dimensiones espaciales que inciden en su medición y, por lo tanto, estudiar las áreas deprivadas permite abordar la medición de la vulnerabilidad desde una mirada más compuesta e interdisciplinaria.

3. Propósito

Para conocer los patrones de distribución espacial de migrantes y sus variaciones en tiempo y espacio, este capítulo ahondará la dinámica en tiempo y espacio de la migración internacional en Chile, utilizando como fuente principal los censos de población y vivienda de los últimos 30 años. Esto con el fin de identificar las áreas que han resultado ser polos de atracción para los flujos migratorios entre los años 1992 y 2012 en Chile, así como conocer la distribución espacial de los migrantes vulnerables a través de una mirada multidimensional. A partir de este análisis se desarrollará una reflexión acerca de las implicancias de la distribución espacial de la vulnerabilidad social en población residente en Chile, tanto local como migrante internacional, en las políticas públicas del país.

De esta manera, la finalidad de este capítulo es comprender la dimensión espacial del fenómeno de la migración internacional en Chile y su vulnerabilidad social, desde un enfoque multidimensional, durante las últimas tres décadas. Con esto, se pretende entender las consecuencias espaciales que ha tenido este fenómeno (concentración, dispersión, entre otras). La identificación de los territorios que experimentan vulnerabilidad social y que al mismo tiempo concentran inmigrantes internacionales permitirá dirigir políticas públicas a un fenómeno que no se distribuye de manera homogénea a lo largo y ancho del país.

4. Metodología

4.1. La migración internacional y su registro en las bases de datos censales en Chile

Para abordar el fenómeno de la migración internacional en Chile desde una mirada demográfica, se utilizaron las bases censales de los años 1992, 2002 y 2012. Los censos por definición tienen que cumplir con una serie de recomendaciones técnicas para ser considerados censos. Dentro de estas recomendaciones cuentan: (i) exhaustividad (empadronamiento y recolección individual de la información), (ii) universalidad (territorial), (iii) simultaneidad (todas las personas deben ser encuestadas en un mismo tiempo, usualmente el día del censo), y (iv) periodicidad (se sugiere que la periodicidad sea regular, de modo tal que la información pueda ser comparable en periodos definidos, y en general se recomienda al menos un censo cada 10 años) (42). Hay dos tipos de errores frecuentes en la toma de datos censales: (i) de cobertura (omisión de población o sobre enumeración) y (ii) de omisión de respuesta (sobre todo en las preguntas que remiten a temporalidad, edad o ingreso) (43).

En Chile, el primer censo de población y vivienda se realizó en el año 1952. Anteriormente se aplicaban censos de población, pero sin considerar características de la vivienda (ver Tabla 1 para datos de censos históricos en Chile). Luego de este primer censo de población y vivienda, se ha intentado aplicar uno cada 10 años, siguiendo las recomendaciones emitidas por las Naciones Unidas (42).

Existen dos tipos de censos, el censo de hecho y el de derecho. El censo de hecho considera los datos de las personas presentes que están en el lugar de residencia el día en que se recolectan los datos censales. Usualmente en este tipo de censo se recomienda hacer la recolección simultánea de datos en el día del censo (se declara día feriado para facilitar la simultaneidad en la recolección de datos). También existe el censo de derecho, el cual a diferencia del anterior, considera a las personas que habitualmente residen en la vivienda, aunque estén ausentes. Este censo en general tiene más errores de conteo y a diferencia del anterior, la recolección de datos puede no ser simultánea y tomar más de un día. La Tabla 2 provee información de los censos considerados para conocer la distribución espacial y en el tiempo de los migrantes internacionales y migrantes internacionales vulnerables en Chile entre 1992 y 2012.

Tabla 2

Representatividad poblacional de los censos 1992-2012

Censo	1992	2002	2012
Comunas consideradas (Chile continental)	332	339	343
Población general nivel país	13.348.401	15.116.436	16.341.929
Población inmigrante internacional (Chile)	114.498	197.929	324.074
Error de muestra Chile (%)	1,9	3,8	9,6
Error de muestra censos latinoamericanos	5,3	4,1	-

Fuente: Elaboración propia, basado en (43).

Para aproximarse al fenómeno migratorio en los censos de población y vivienda en Chile, existen dos preguntas fundamentales: (i) la pregunta por el lugar donde nació (migración permanente) y (ii) pregunta por la comuna o país en donde residía hace 5 años (fenómeno de migración transitoria). En términos generales las preguntas que incluyen dimensiones temporales (ej. últimos 5 años) tienen una mayor tasa de omisión de respuesta. En el caso de la segunda pregunta por migración transitoria, la tasa de omisión ha sido superior al 30% en los censos, llegando incluso a cifras cercanas al 40% entre 1992 y 2012 (44).

Con el fin de estandarizar los datos y poder profundizar en el fenómeno de migración permanente, mayormente aceptada en el ámbito internacional, en este capítulo se utilizó la primera pregunta (migración permanente) para aproximarse al fenómeno migratorio en el tiempo y su consecuente distribución espacial en las regiones y comunas del país.

4.1. Medición de la vulnerabilidad de migrantes internacionales en Chile

Para medir la vulnerabilidad de los inmigrantes internacionales en Chile, utilizamos el índice de deprivación múltiple desarrollado a partir de la década de los '70 en países europeos (45). Este indicador nos permite aproximarnos a la vulnerabilidad desde una perspectiva multidimensional y, considerando las bases de datos censales de las que se dispone, se puede hacer un análisis de esta deprivación en términos generales a lo largo del tiempo.

Para aplicarlo al caso de los inmigrantes en Chile, consideramos 3 de las 7 dimensiones que se utilizan para calcular el índice de deprivación múltiple, que son las que están disponibles en nuestra base censal. Las 7 dimensiones consideradas originalmente en el índice de deprivación múltiple inglés son:

1. Ingresos (medido a través del desempleo del jefe de hogar y familias bajo línea de pobreza),
2. Empleo (desempleo, invalidez y discapacidad),
3. Salud y discapacidad (años de vida potencialmente perdidos, razón de enfermedad y discapacidad, morbilidad aguda, prevalencia de desórdenes de humor y ansiedad),
4. Educación y capacitación (último nivel de educación completado),
5. Barreras de acceso a vivienda y servicios (acceso financiero y físico a vivienda),
6. Crimen (violencia, robo, hurto, robo con intimidación),
7. Variables de entorno (calidad de entorno al interior de la vivienda como fuera de ella) (45).

Las dimensiones consideradas para medir vulnerabilidad en la población migrante en cada uno de los años censales están descritas en la Tabla 3.

Tabla 3

Variables consideradas para el cálculo de vulnerabilidad en inmigrantes, base de datos censal

Variable	Pregunta censal	Dato obtenido para análisis
Bajo nivel educacional	Último curso que completó en educación formal (categorías consideradas: no asistió-8° básico)	Total de población incluida en las categorías desde no asistió al colegio hasta 8° básico. Escala de análisis: comuna
Desempleo	Situación de empleo (empleados/ desempleados)	Cantidad total de desempleados por comuna
Discapacidad	Auto reporte de discapacidad (mental, auditiva, motora, visual, mudez)	Cantidad total de población que reporta algún tipo de discapacidad

Fuente: elaboración propia.

A partir de lo anterior, se construyó un indicador compuesto asumiendo igual peso de cada variable en términos exploratorios (46), a través de los valores estandarizados de los datos, como muestra la siguiente ecuación:

Ecuación 1:

Vulnerabilidad inmigrantes:

$$[(\text{Inmigrantes}_{\text{desempleados}} * 0,3) + (\text{Inmigrantes}_{\text{con discapacidad}} * 0,3) + (\text{Inmigrantes}_{\text{bajo nivel educación}} * 0,3)]$$

Luego de obtener el valor total de *vulnerabilidad inmigrantes* que va de 0 a 1, indicando 0 menor vulnerabilidad y 1 mayor vulnerabilidad, estos resultados fueron mapeados para cada comuna del país, y para cada una de las dimensiones disponibles (desempleo, discapacidad, bajo nivel de educación), tanto para la población inmigrante como para la población general (46).

5. Distribución espacial de migrantes internacionales en Chile, población total y población vulnerable

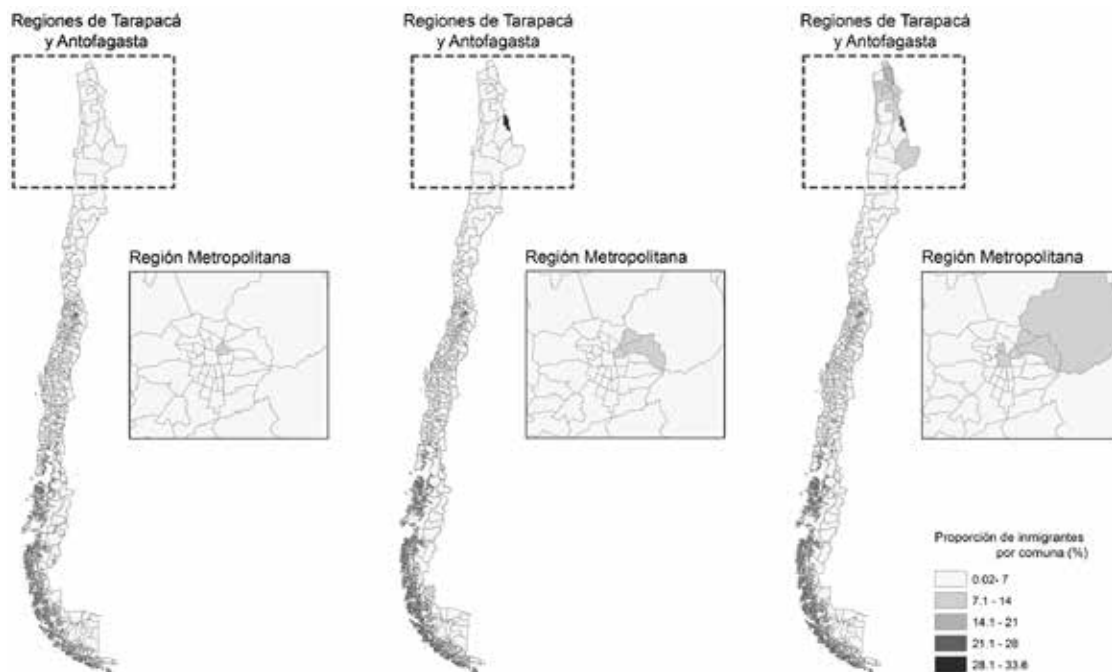
Como se ha descrito en los acápite anteriores, la migración es un fenómeno complejo y dinámico en tiempo y espacio. Para dar cuenta de lo que ha ocurrido con la migración en los últimos 30 años en Chile, la Figura 1 muestra la proporción de inmigrantes internacionales respecto al total de población comunal. Durante las últimas tres décadas los inmigrantes internacionales prácticamente han triplicado su población, representando un 0,9% de la población total en el año 1992; 1,3% en 2002, para alcanzar en el año 2012 un 2% de la población total.

En el año 1992, la migración internacional representa un fenómeno de escasa relevancia en términos demográficos gruesos (la proporción de población inmigrante alcanza un máximo de 7,1% del total comunal) y se encuentra concentrada en algunas comunas de la Región Metropolitana de Santiago. Sin embargo, esta situación cambia para los años siguientes, apareciendo una mayor concentración de población migrante en las comunas del norte (Regiones de Tarapacá y Antofagasta, en las cuales se encuentran las proporciones más altas de población inmigrante internacional respecto al total comunal). Esa concentración aumenta el año 2012, con ciudades orientadas a la actividad minera y portuaria en el norte (las cuales concentran la mayor proporción de inmigrantes internacionales respecto al total comunal, oscilando entre el 7 y 30%) y, adicionalmente, en las comunas centrales y del oriente en la Región Metropolitana. Una de las causas de esta concentración tiene que ver con las motivaciones individuales que llevan al migrante a tomar la decisión de salir de su país de origen en busca de mejores oportunidades laborales, por ejemplo.

En términos de vulnerabilidad, las Figuras 2 y 3 muestran la distribución espacial de la vulnerabilidad tanto en la población general como en la población inmigrante. Esta vulnerabilidad está medida a través de la deprivación mencionada en la sección anterior, en donde se consideraron las variables de desempleo, auto-reporte de discapacidad y bajo nivel educacional, considerando desde que nunca asistió a la escuela hasta 8° básico. Se utiliza la medida de 8° básico para tener una variable comparativa en el tiempo, dado que en el año 2003 se cambió la normativa de educación mínima para la República de Chile, extendiéndose a la enseñanza media completa (47).

Figura 1

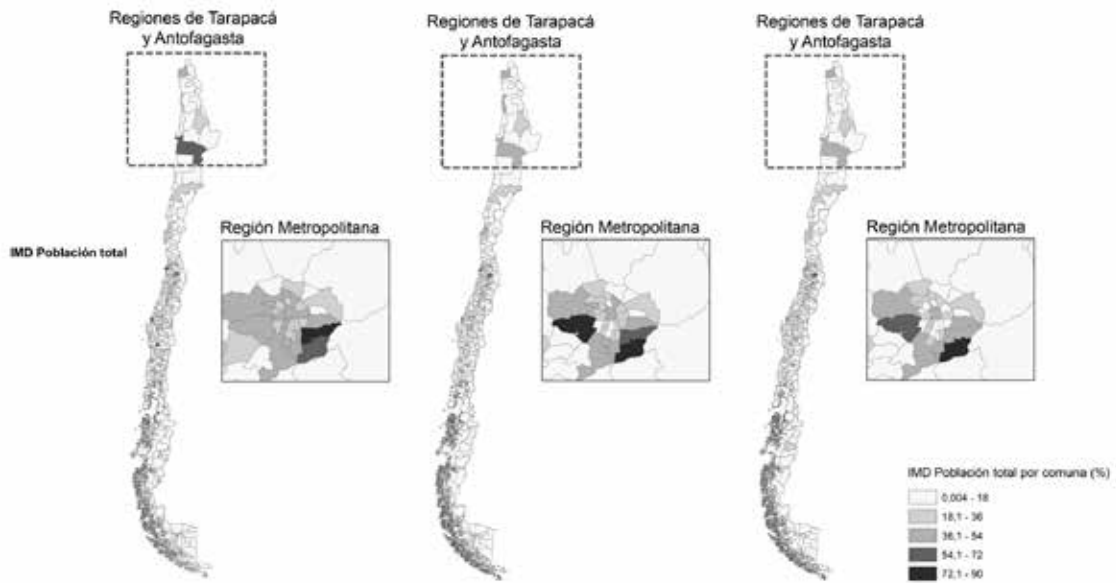
Distribución de migrantes internacionales en las distintas comunas de Chile, de izquierda a derecha: 1992, 2002, 2012.



Fuente: Traducido al español de Vásquez, Cabieses, Tunstall (2016) (46).

Figura 2

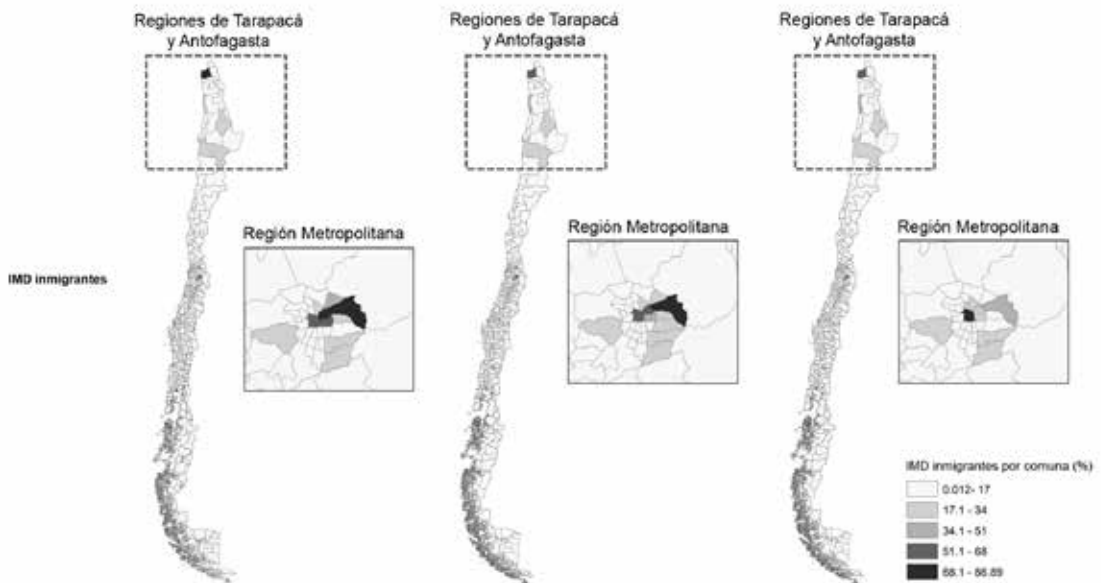
Distribución espacial de la población vulnerable total, de izquierda a derecha: 1992, 2002, 2012.



Fuente: Traducido al español de Vásquez, Cabieses, Tunstall (2016) (46)

Figura 3

Distribución espacial de la población vulnerable inmigrante internacional, de izquierda a derecha: 1992, 2002, 2012.



Fuente: Traducido al español de Vásquez, Cabieses, Tunstall (2016) (46)

La vulnerabilidad medida en la población inmigrante internacional va en un rango desde los 0,012 (menor vulnerabilidad, con una base de 0 como vulnerabilidad mínima) a 86,89 (mayor vulnerabilidad, con un máximo de 100). En el caso de la población total, presenta una vulnerabilidad de rangos similares, con un mínimo en 0,018 y un máximo de 90.

Si se comparan ambas vulnerabilidades calculadas para cada año, en el año 1992 la vulnerabilidad promedio para inmigrantes fue de un 3,9, en tanto para la población general fue de 11,5. Esta diferencia se mantuvo en el año 2002, en donde la vulnerabilidad fue de un 3,6 y 10,1 respectivamente. En el año 2012, la vulnerabilidad media decrece levemente, siguiendo la tendencia observada en la década 1992-2002, alcanzando la vulnerabilidad de inmigrantes una media de 2,7 y en el caso de vulnerabilidad calculada para la población general de un 8,7. De esta manera, la vulnerabilidad de la población general es, en promedio, más alta que la vulnerabilidad de los inmigrantes. No obstante, pese a que la vulnerabilidad promedio en inmigrantes es bastante menor que la vulnerabilidad de la población general, se presenta más concentrada en algunas comunas específicas.

De las Figuras 2 y 3 se desprende que, en términos generales, la medida de vulnerabilidad multidimensional aplicada a población general e inmigrante tiende a seguir patrones espaciales similares cuando se analiza a nivel regional, concentrándose espacialmente en las mismas regiones en el tiempo: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Región Metropolitana. Sin embargo en una escala más detallada, las comunas varían para un grupo demográfico y otro. Si bien en algunas comunas aparece una concentración de vulnerabilidad para ambas poblaciones, hay otras comunas en las que la vulnerabilidad de inmigrantes es más acusada que la vulnerabilidad de la población general (la correlación entre vulnerabilidad de inmigrantes y vulnerabilidad de población general varía entre 0.54 y 0.66 entre los años 1992 y 2012).

En el caso de la vulnerabilidad de inmigrantes internacionales, su vulnerabilidad se acentúa en algunas comunas, alcanzando los intervalos de vulnerabilidad más alto (más cercano a 100). En términos generales, las comunas que concentran la mayor cantidad de inmigrantes internacionales son también las que concentran la mayor cantidad de inmigrantes vulnerables, tales como: Arica, Iquique, Antofagasta, Calama, Santiago Centro, Recoleta, Independencia, Maipú, Las Condes.

Estos hallazgos llaman la atención si se ponen en diálogo con las consecuencias territoriales que tiene la concentración de población inmigrante en determinadas comunas. A pesar de la relación directa que existe entre una mayor concentración de inmigrantes en comunas determinadas y la consecuente concentración de población inmigrante vulnerable en esas mismas áreas (correlación de 0,96 entre comunas con población inmigrante y comunas con inmigrantes vulnerables), los efectos territoriales que puede tener esta concentración plantea la pregunta por el impacto socio-territorial que esta concentración tiene en el entorno inmediato, sumado a que estas comunas que son polos de atracción para la población inmigrante (migración en cadena), y concentran al mismo tiempo la mayor cantidad de población inmigrante vulnerable.

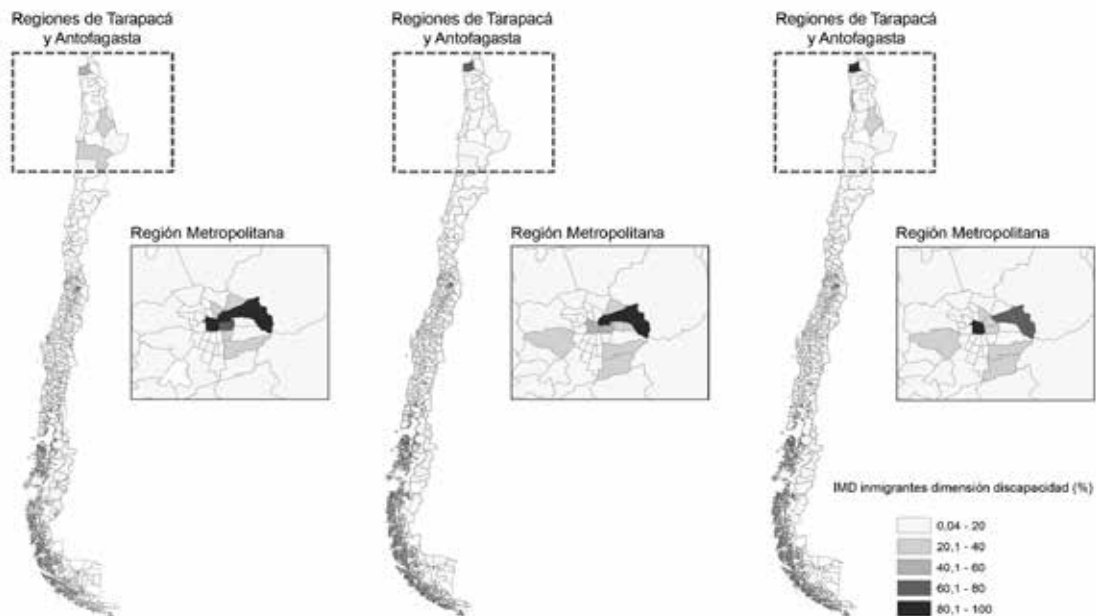
6. Inmigrantes vulnerables según cada dimensión de vulnerabilidad

La vulnerabilidad general considera la suma ponderada de los valores estandarizados de las tres variables utilizadas para medir vulnerabilidad: desempleo, discapacidad y bajo nivel educacional. Las Figuras 4, 5 y 6 muestra la distribución de los valores estandarizados de cada variable considerada para cada uno de los años contemplados en este capítulo: 1992, 2002 y 2012.

En términos generales, la distribución de vulnerabilidad para cada dimensión tiene un correlato de concentración espacial en las comunas en las que reside la mayor cantidad de inmigrantes, lo que quiere decir que las comunas que concentran mayor cantidad de inmigrantes vulnerables, concentran a su vez inmigrantes con bajo nivel de educación, con algún tipo de discapacidad y desempleados. Esto se aprecia en especial en las comunas de las regiones del norte del país, las cuales concentran la población vulnerable en las 3 dimensiones de vulnerabilidad consideradas. Sin embargo, este patrón de concentración se tiende a diversificar en la Región Metropolitana, puesto que las 3 dimensiones de vulnerabilidad consideradas no se concentran en las mismas comunas, salvo el caso de Santiago Centro, comuna que presenta una de las mayores magnitudes de vulnerabilidad en cada una de las dimensiones.

Figura 4

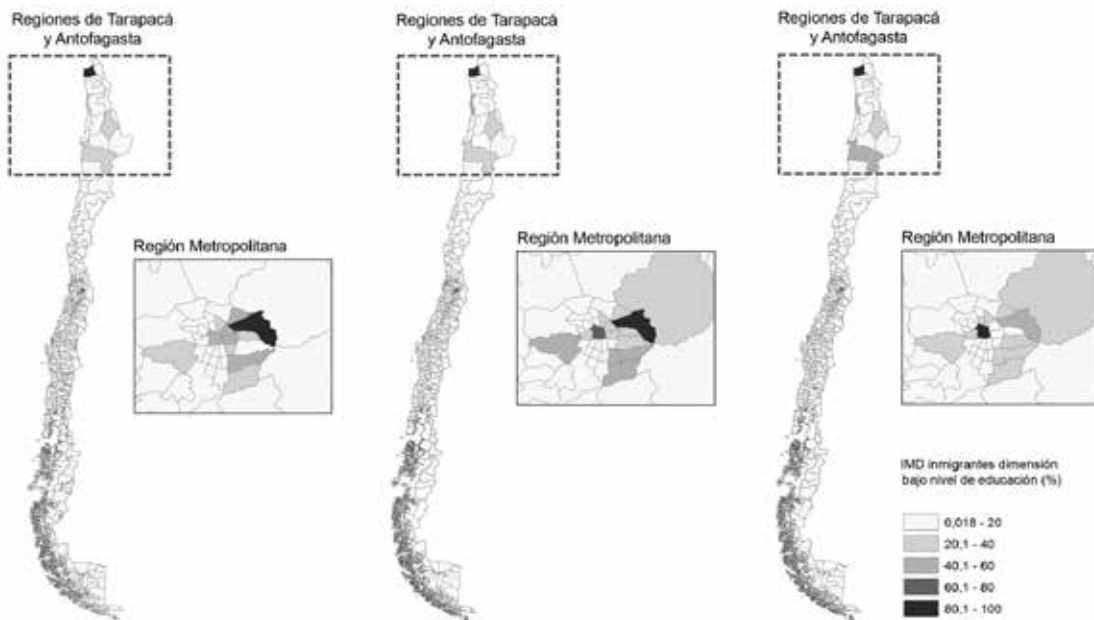
Dimensión de vulnerabilidad discapacidad medida en población inmigrante internacional, de izquierda a derecha: 1992, 2002, 2012.



Fuente: Traducido al español de Vásquez, Cabieses, Tunstall (2016) (46).

Figura 5

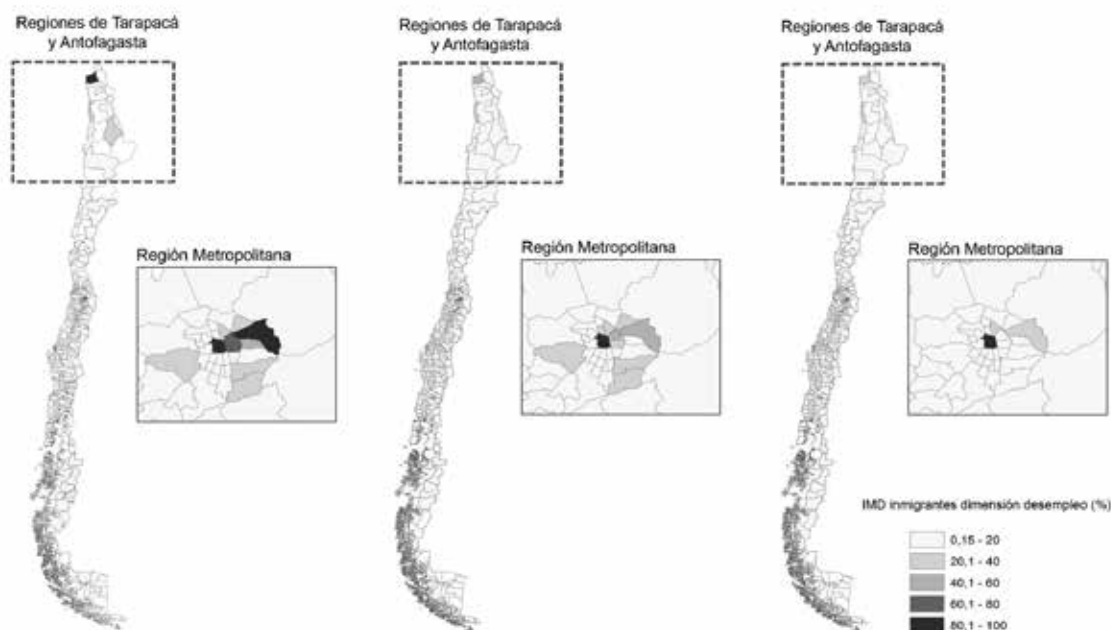
Dimensión de vulnerabilidad bajo nivel educacional medida en población inmigrante internacional, de izquierda a derecha: 1992, 2002, 2012.



Fuente: Traducido al español de Vásquez, Cabieses, Tunstall (2016) (46).

Figura 6

Dimensión de vulnerabilidad desempleo medida en población inmigrante internacional, de izquierda a derecha: 1992, 2002, 2012.



Fuente: Traducido al español de Vásquez, Cabieses, Tunstall (2016) (46)

7. Close-up territorial: ¿Cuáles son las comunas que concentran mayor cantidad de inmigrantes vulnerables en Chile?

109

El proceso migratorio, entendido como un flujo dinámico y permanente, incluye la complejidad propia de todo proceso social: el dinamismo, la movilidad en la vida cotidiana a través de distintos espacios, las interacciones espaciales propias en el país de llegada, la movilización a gran escala de un país a otro, entre otras. Pero, si nos alejamos de la escala de la cotidianidad y miramos a Chile como un país completo con su respectiva división político administrativa y sacamos una foto de su población en las últimas tres décadas, hay comunas que concentran más población inmigrante y en mayores condiciones de vulnerabilidad que otras, impactando esta concentración en la configuración espacial de estas vulnerabilidades en el territorio nacional.

Con el espíritu de poder orientar las políticas públicas con una mirada de detalle, apreciando las diferencias territoriales que devela este fenómeno demográfico, se realizó un ranking con las comunas que presentan mayor cantidad de inmigrantes vulnerables, basado en la Figura 3. Si comparamos las 10 comunas con mayor cantidad de inmigrantes vulnerables para cada foto poblacional que tomamos con el censo de población y vivienda, resulta que la migración es también un fenómeno dinámico a escala de detalle comunal a lo largo del tiempo.

Las comunas con mayor concentración de inmigrantes son las que concentran también a los inmigrantes más vulnerables (Figura 1, Figura 3, Tabla 4), tales como Arica, Iquique, Antofagasta y Calama por el norte. Sin embargo, en la zona central, en específico en la Región Metropolitana, las comunas con mayor vulnerabilidad en la población inmigrante tienden a diversificarse más allá de las que concentran la mayor cantidad de inmigrantes, como Santiago, Recoleta, Independencia, pero aparecen también otras comunas como Maipú, Puente Alto, y Las Condes.

Estos resultados plantean el desafío de investigar sobre la vulnerabilidad social que aparece concentrada en algunas comunas más que en otras, pero que también se vuelve invisible en comunas que corresponden al cono oriente de Santiago. No obstante, si miramos estas 3 fotos en el tiempo vemos cómo los inmigrantes internacionales se han concentrado en comunas con mayor vulnerabilidad y con menos recursos, las cuales siguen siendo polo de atracción para los inmigrantes que optan por Chile como país de destino.

Tabla 4

Ranking de comunas con mayor IMD en población inmigrante en Chile.

Ranking	Comuna 1992	IMD 1992	Comuna 2002	IMD 2002	Comuna 2012	IMD 2012
1	Las Condes	86,2	Las Condes	73,1	Santiago	86,9
2	Arica	75,3	Santiago	66,2	Arica	61,7
3	Providencia	68,0	Arica	61,1	Las Condes	44,9
4	Santiago	66,2	Providencia	51,4	Iquique	37,3
5	Ñuñoa	57,4	Ñuñoa	36,5	Recoleta	26,3
6	Viña del Mar	50,0	Iquique	34,6	Antofagasta	24,5
7	Vitacura	34,2	Viña del Mar	33,0	Calama	23,0
8	La Reina	29,2	La Florida	32,7	Providencia	21,3
9	La Florida	29,2	Maipú	31,3	Viña del Mar	19,6
10	Valparaíso	28,8	Puente Alto	29,9	Puente Alto	19,4

Fuente: elaboración propia.

8. Conclusiones

El fenómeno migratorio ha sido creciente en el tiempo y ha surgido con un nuevo patrón migratorio en la Región Latinoamericana, en donde Chile parece ser uno de los destinos más atractivos. Países que son atractivos para la migración están compuestos de regiones, ciudades, comunas y barrios específicos que lo vuelven atractivo para la migración internacional. Esto es lo que condensa la teoría de causalidad acumulativa, en donde las redes sociales que generan los inmigrantes antes de emprender el viaje al país de destino, resultan fundamentales. Además, este es uno de los posibles mecanismos que están detrás de la información demográfica que nos muestra el censo sobre la inmigración internacional, su vulnerabilidad y su consecuente distribución espacial en Chile.

Bajo una mirada espacial, la migración internacional sigue un patrón de concentración espacial en algunas comunas de la zona norte y centro del país, las cuales al mismo tiempo concentran a los inmigrantes más vulnerables, pese a que no siempre concentren la mayor vulnerabilidad de la población general. La necesidad de mirar espacialmente el fenómeno de la migración permite entender este fenómeno de flujo en el dipolo entre la escala nacional (demográfica) y la escala humana. Esto es, en el encuentro con inmigrantes y sus historias de vida en la vida cotidiana, cuando hacemos uso de los espacios y del entorno público: al cruzar la calle, en el transporte público, en el supermercado, en los centros de salud, entre otros. Las interacciones espaciales que se generan entre la composición demográfica de un espacio y su entorno físico es lo que da lugar al territorio y a las distintas formas de habitarlo desde su heterogeneidad socio-demográfica.

Este entendimiento es clave para mirar estas fotos poblacionales que nos ofrecen los censos de población. La necesidad de contar con políticas públicas que comprendan la naturaleza espacial y temporal de la migración, nos permitirá generar los marcos normativos adecuados para entender también las consecuencias positivas y negativas que tienen estas concentraciones, como en el caso del ranking de las comunas que además de concentrar la mayor cantidad de población inmigrante, concentran a los inmigrantes más vulnerables y muchas veces también a la población general más vulnerable, generando geografías de vulnerabilidad en las tres dimensiones estudiadas: desempleo, discapacidad y bajo nivel de educación.

El indicador de vulnerabilidad social utilizado en este capítulo, si bien adolece de todas las dimensiones que debiera considerar y que incorporan la complejidad del fenómeno, permite una aproximación a las delicadas distribuciones espaciales que hoy se presentan en Chile. Dichas distribuciones no siempre se pueden reconocer al nivel de detalle proporcionado por las bases de datos censales. Por otra parte, existe un porcentaje de población inmigrante invisible, en especial en el último censo 2012, que requiere de nuevo análisis en el censo proyectado para el 2017. No obstante lo anterior, el análisis presentado en este capítulo es una primera aproximación para conocer las características sociodemográficas y la interacción espacial entre las distintas dimensiones de vulnerabilidad social en población migrante y local, las cuales suelen concentrarse en las mismas comunas.

Este capítulo da cuenta de la distribución espacial de los migrantes internacionales y los migrantes vulnerables que residen en Chile y lo compleja que puede ser la medición de los flujos migratorios y su vulnerabilidad en el tiempo y espacio. En la dialéctica de hacer *zoom in* a las zonas de mayor concentración de inmigrantes y *zoom out* al 2% que representa la población inmigrante sobre el total de población nacional, nos acercamos también a la teoría de causalidad acumulativa, en donde al momento de arribo en el país de destino, las comunas con mayor proporción de población inmigrante, como: Iquique, Santiago, Recoleta se vuelven Chile (o este 2% de población inmigrante) a los ojos del migrante.

En síntesis, los resultados presentados nos muestran un fenómeno migratorio dinámico en el tiempo, que evidencia la heterogeneidad de su distribución espacial y al mismo tiempo la concentración de su vulnerabilidad en determinadas comunas del país. Las implicancias que tiene esto en materia de políticas públicas e investigación son la necesidad del conocimiento de las escalas locales de la migración y los impactos que esto tiene en el territorio circundante. Por otra parte, la consideración de la dimensión espacial de este fenómeno resulta fundamental para entender que las políticas públicas en esta materia, no solo deben ser intersectoriales, sino multi-escalares, comprendiendo los distintos niveles de administración territorial (comuna, provincia, región, país). La complejidad del fenómeno migratorio llevado a sus implicancias políticas e investigativas, permitirá proporcionar un mayor bienestar a los migrantes internacionales y vulnerables, tomando en cuenta sus características y necesidades.

9. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Dados los resultados expuestos anteriormente se resumen en las siguientes ideas principales:

- (i) Los inmigrantes se tienden a concentrar en algunas comunas del norte y centro del país,
- (ii) Si bien los inmigrantes vulnerables se concentran en comunas que concentran a su vez la mayor cantidad de inmigrantes, estas no corresponden en su totalidad a las comunas que concentran la mayor vulnerabilidad para la población general.

Dichos resultados dan cuenta de ciertas necesidades específicas para la población migrante internacional en Chile, con consecuentes recomendaciones posibles de proponer, y que se describen a continuación y en la Tabla 5:

1. *Dimensión espacial de la migración y acceso a salud.* Hay una necesidad transversal en los inmigrantes en las tres décadas del estudio: atender al fenómeno migratorio como algo dinámico en tiempo y espacio, pero que se ha concentrado en el norte y centro del país. En este sentido, se propone reforzar la información relativa al acceso a salud que se entrega a los mismos en los puntos fronterizos del norte de Chile (incorporando accesibilidad en lenguaje y de características generales de los centros de salud, como localización y horario atención). Esto, a su vez, amerita un trabajo intersectorial y multinivel en las distintas escalas que comprenden la administración de salud: comuna, servicio, nivel central.
2. *Dimensión comunidad y relación con el espacio circundante.* Desde la perspectiva de la comunidad, se sugiere intervenir de manera focalizada en los espacios donde haya más inmigrantes vulnerables concentrados, debido al estigma o las consecuencias socio-territoriales negativas que surgen con eso. Para ello, se sugiere desarrollar actividades integrativas en distintos espacios, considerando como actores clave las juntas de vecinos, organizaciones no gubernamentales, municipio, colegios con gran cantidad de alumnos inmigrantes. De la misma forma, se sugiere fortalecer los hitos espaciales de la comuna que resulten patrimoniales y significativos para la comunidad, como: plazas públicas, iglesias, otros. Las intervenciones pueden ser la promoción del conocimiento de la diversidad cultural de los migrantes, a través de organización de ferias culturales, y exposición de los distintos actores que promueven bienestar en la comunidad: centros de salud (clínicas móviles), infraestructura crítica como carabineros, bomberos. El conocimiento de los recursos físicos que existen en el entorno permitirá permear esas barreras originales de acceso a salud y al mismo tiempo, integrar a la población que comparte un mismo espacio.
3. *Inmigrantes y su desafío en políticas intersectoriales.* Desde la perspectiva de políticas intersectoriales, se sugiere una coordinación entre entes que regulan servicios básicos y que en un principio resultarían críticas para inmigrantes, sobre todo los más vulnerables, tales como educación y salud. El conocimiento acerca de los servicios a los cuales pueden acceder, sobre todo en las comunas que tienen mayor concentración de inmigrantes es clave para que puedan acceder a ellos.
4. *Fenómeno migratorio en Chile y su desafío en la investigación.* Desde la investigación, se sugiere realizar diagnósticos o reportes anuales por parte de los municipios sobre los factores que proporcionan bienestar a los migrantes y su relación con el espacio, como por ejemplo: contaminación, acceso a áreas verdes, alimentación, salud. Estos reportes permitirán saber si los migrantes cuentan o no con esos recursos, si acceden a ellos y si los consideran importantes para su bienestar. A su vez, el desafío para Chile consiste en avanzar en la disponibilidad y transparencia de datos espaciales que permitan incorporar la dimensión multidimensional de la vulnerabilidad para saber cuáles son los accesos más débiles en cuanto a bienestar y salud por parte de inmigrantes vulnerables. De la misma forma, se proponen alianzas entre el mundo académico, público y privado para avanzar en investigación aplicada que contribuya con evidencia empírica para abordar este tema a nivel país.

Tabla 5

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
<p>Dimensión: Sistema de Salud</p>	<p>Incorporar elementos de acceso físico a centros de salud, sumado a mayor información entregada a los migrantes, dirigida a migrantes internacionales en el momento en que ingresan al país. Dentro de los elementos de acceso físico considerar información accesible: idioma, derechos según situación de vulnerabilidad (discapacidad, desempleo, bajo nivel educacional).</p>	<p>Considerar la dimensión espacial en la interacción y acceso a los sistemas de salud, tanto en cuanto a información, como en cuanto a desigualdades sociales (configuración de geografías de vulnerabilidad del migrante).</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avanzar en el desarrollo de centros de salud amigables con el inmigrante (información e idioma), administrado a nivel Servicios de Salud, sobre todo en el caso de las comunas con mayor concentración de inmigrantes vulnerables: Arica, Iquique, Antofagasta, Calama, Santiago, Recoleta, Independencia, Maipú. - En espacios que concentran vulnerabilidad, procurar proveer el acceso a salud mediante cercanía de centros de salud, locomoción para llegar e información acerca del sistema de salud en Chile, disponible tanto en centros de atención primaria y secundaria de salud.
<p>Dimensión: Comunidad</p>	<p>Considerar las consecuencias negativas que tiene la concentración espacial de migrantes, para prevenir la pobreza y el aislamiento territorial.</p> <p>Para esto se propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de áreas críticas de intervención en zonas específicas de concentración inmigrante, a través de reportes de municipios, reuniones con juntas de vecinos, organizaciones de inmigrantes, administrado en colaboración municipio-comunidad. 	<p>Las olas migratorias cambian en el tiempo y así como los flujos de personas cambian, también cambian los espacios con ellas. El significado y uso que se pueda dar a ese espacio por parte de distintos grupos demográficos debe ser zona de integración y no de conflicto.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generar espacios de integración a través de intervenciones en lugares patrimoniales y significativos para la población general y para los migrantes (plazas centrales, iglesias, espacios públicos). - Fortalecimiento de la integración en espacios públicos y servicios, como la organización de: exposición de inmigrantes y su cultura, ferias de cultura local, intervención en colegios con alta cantidad de alumnos inmigrantes en comunas con mayor concentración de esta población (celebración del día de la raza, ferias interescolares donde se muestren las distintas culturas, entre otros).
<p>Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>Mayor acceso a los migrantes a información sobre servicios básicos, sobre todo en puntos que son más críticos en el país (norte de Chile).</p> <p>Para esto se propone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a protocolos informativos que señalen dónde están y a qué colegios y centros de salud se pueden dirigir, especialmente en las zonas fronterizas del norte (en conjunto con la dimensión de sistema de salud) 	<p>Dado que en Chile gran parte de la migración proviene de países fronterizos, considerar una migración más accesible para personas que vienen buscando mejores oportunidades laborales y de vida es crucial, sumado a la llegada a lugares atractivos, pero que cuenten con recursos básicos para acceder a servicios básicos (centros de salud, alimentación, educación).</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer de información sobre localización de servicios básicos públicos a nivel comunal, como educación, salud, seguridad (teléfono de contacto, sucursal más cercana, horario de atención), en donde puedan acercarse a preguntar y obtener información sobre las distintas dudas que tengan. - Disponer de información sobre derechos del migrante en puntos fronterizos de Chile (como plan piloto se propone el norte del país, dada su alta concentración de inmigrantes).

<p>Dimensión: investigación</p>	<p>Incorporar elementos de entorno en la medición de la vulnerabilidad de los inmigrantes bajo la mirada de espacios que son relacionales, en donde los migrantes interactúan con el espacio y también lo hacen suyo.</p> <p>Propuestas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos comunales sobre acceso a bienestar de acuerdo a lo que los inmigrantes reportan como servicios básicos que les permiten sentirse saludables o promueven su salud (alimentación, áreas verdes, centros de salud). 	<p>Necesidad de investigación interdisciplinaria que permita estudiar en profundidad más casos de estudio que den cuenta del uso e impacto en el espacio por parte de la población migrante.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estandarización de bases de datos y datos espaciales a nivel central, para permitir la exploración multidimensional de la vulnerabilidad. - Generación de estudios multi-métodos para comprender la complejidad del fenómeno migratorio y las implicancias geográficas en salud (relaciones de acceso a servicios que promuevan el bienestar). - Asociación estratégica entre sectores públicos, privados y académicos, considerando el impacto de una investigación práctica y basada en evidencia en este tema.
-------------------------------------	--	--

10. Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones. World migration report 2015 [Internet]. 2015. Obtenido de: http://publications.iom.int/system/files/wmr2015_en.pdf
2. Naciones Unidas. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003 [Internet]. 2003. Obtenido de: www.un.org
3. Departamento de Migración y Extranjería Chile. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. 2007.
4. States of America. International Migration in the Americas: First Report of the Continuous Reporting System on International Migration in the Americas (SICREM) 2011. 2011.
5. Martínez J, Cano M. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. Cepal Ser Población y Desarrollo. 2014;109:3-40.
6. International Monetary Fund. Report for selected countries and continents: Latin America and the Caribbean GDP ppp in 2010 [Internet]. 2011. Obtenido de: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/02/weodata/index.aspx>
7. Infante A, De la Matta I, Lopez-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. Rev Panam Salud. 2000;(8):13-20.
8. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira A, Darras C. Information for health equity in Chile. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(5-6):374-85.
9. Albala C, Vio F. Epidemiological transition in Latin America: the case of Chile. Public Health. 1995;109(6):431-42.
10. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Síntesis Geográfica Nacional. Santiago, Chile. 2012
11. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo de población y vivienda. 2002.
12. Departamento de Estadísticas y Censos en Chile (INE). Censo de población 1960- Resumen país. 1960.
13. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censos de población históricos [Internet]. Obtenido de: http://www.ine.cl/canales/usuarios/censos_digitalizados.php
14. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo de Población y Vivienda. 2012.
15. Cabieses B. The living conditions and health status of international immigrants in Chile: Comparisons among international immigrants, and between them and the Chilean-born. York University of York, England; 2011.
16. Martine GH, Guzman J. Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares. Costa Rica; 2000.
17. Easterlin R. Influences in European Overseas Emigration before World War I. Econ Dev Cult Change. 1961;9(3):333-51.
18. Faist T. The Volume and Dynamics of International Migration and Transnational Social Spaces. 1st Ed. Oxford University Press; 2000. 50-96 p.
19. Greenwood M. Human Migration: theory, models and empirical studies. J Reg Sci. 1985;25(4):521-44.
20. Schrecker T, Labonté R, De Vogli R. Globalisation and health: the need of a global vision. Lancet. 2008;(372):1670-6.
21. Labonté R, Schrecker T. Globalisation and Social Determinants of Health: the role of the global marketplace. Glob Heal. 2007;(3):1-12.
22. De Jong G, Gordon F. Choice processes in migration behaviour. In: Pandit K WS, editor. Migration and Restructuring in the US. New York: Rowman and Littlefield publishers; 1999. 273-292.
23. Buchan J, Perfilieva G. Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications. Div Ctry Support. 2006;
24. Schiappacasse P. Segregación residencial y nichos étnicos de los inmigrantes internacionales en el Área Metropolitana de Santiago. Rev Geogr Norte Gd. 2008;(39):21-38.
25. Wacquant L. Parias urbanos : marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio. Buenos Aires, Argentina: Manantial; 2001.
26. Cabieses B. Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud. In: Cabieses B, Obach A, Pedrero V, editors. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 450.
27. Sainsbury P, Harris E. Understanding the causes of health inequalities: incorporating personal, local, national, and global perspectives. N S W Public Health Bull. 2002;13(6):121-3.
28. McKee M. Global health inequalities: The challenge to epidemiology. N S W Public Health Bull. 2001;12(5):130-3.
29. Stuart K, Soulsby E. Reducing global health inequalities. J R Soc Med. 2011;104(8):321-6.
30. Brown T. "Vulnerability is universal": considering the place of "security" and "vulnerability" within contemporary global health discourse. Soc Sci Med. 2011;72(3):319-26.
31. Munoz Sanchez, Al Bertolozzi M. Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care? Cien Saude Colet. 2007;12(2):319-24.
32. Vorosmarty C, Green P, Salisbury J, Lammers R. Global water resources: vulnerability from climate change and population growth. Science (80-). 2000;289(5477):284-8.
33. Schroter D, Cramer W, Leemans R, Prentice I, Araujo M, Arnell N. Ecosystem service supply and vulnerability to global change in Europe. Science (80-). 2005;310(5752):1333-7.
34. Jotkowitz A. Vulnerability from a global medicine perspective. Am J Bioeth. 2004;4(3):62-3.
35. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Observatorio social- Canasta básica de alimentos [Internet]. Obtenido de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipc_pob_descpcion.php
36. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Nueva metodología de medición de la pobreza por ingresos y multidimensional [Internet]. 2015. Obtenido de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Nueva_Metodologia_de_Medicion_de_Pobreza.pdf
37. Feres J, Mancero X. El Metodo de las necesidades basicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en America Latina. CEPAL Estud Estad y Prospect. 2001;(7):1-53.
38. Noble M, Smith G, Dibben C. Measuring multiple deprivation at the small-area level. Environ Plan. 2006;38:169-85.
39. Krieger NZ, Hogan J, Waterman P, Chen J, Lemieux K, Gjelsvik A. Geocoding and measurement of neighborhood socioeconomic position: a U.S. perspective. In: Kawachi I, Berkman L, editors. Neighborhoods and health. USA: Oxford University Press; 2003.
40. Gordon D. Area-Based deprivation measures- a UK perspective. In: Kawachi I, Berkman L, editors. Neighborhoods and health. USA: Oxford University Press; 2003.

41. Gordon D. Census based deprivation indices: their weighting and validation. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49(Suppl 2):S39-44.
42. Naciones Unidas. Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación [Internet]. 2010. Obtenido de: http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_67Rev2s.pdf
43. Chackiel J. Evaluación y estimación de la cobertura en los censos de población: la experiencia Latinoamericana [Internet]. 2009. Obtenido de: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/39831/1/Chackiel_doc.pdf
44. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Auditoría técnica a la base de datos del levantamiento censal año 2012. Santiago, Chile; 2014.
45. McLennan D, Barnes H, Noble M, Davies J, Garratt E, Dibben C. The English indices of deprivation 2010. 2011.
46. Vásquez A, Cabieses B, Tunstal H. Where are socioeconomically deprived immigrants located in Chile? A spatial analysis of Census data using an Index of Multiple Deprivation from the last three decades (1992-2012). *PLoS One*. 2016;11(1):e0146047.
47. Ministerio de Educación de Chile. Reforma constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación media (Ley 19.876) [Internet]. 2003. Obtenido de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=210495&buscar=19876>

11. Acerca de los autores

Andrea Vásquez, Msc

Geógrafo y Magíster en Desarrollo urbano de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es coordinadora de investigación en el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales CIGIDEN (Fondap 15110017). Ha participado en distintos proyectos de investigación interdisciplinaria como investigadora asociada. Sus publicaciones y participación en congresos están relacionados con la vulnerabilidad social y el acceso a salud por parte de población vulnerable. Dentro de sus líneas de investigación destacan geografía de la salud, acceso a salud en contexto de desastres naturales y entornos urbanos, y demografía.

Email: arvasque@uc.cl

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.

Email: bcabieses@udd.cl

Helena Tunstall, PhD

Geógrafa de la salud. Actualmente se desempeña como investigadora de postdoctorado en el Departamento de Geografía humana en la Universidad de Edimburgo, en el área de Geografía y Entorno Vivido. Sus publicaciones y proyectos tienen que ver con el entorno construido y la inequidad en salud. Dentro de sus principales líneas de investigación destacan las desigualdades espaciales y sociales en salud, y más recientemente, cómo la migración intra e internacional está relacionada a consecuencias de salud individuales y agregadas en áreas espaciales.

Email: htunsta2@staffmail.ed.ac.uk



Capítulo 8

Perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile

Autores sección de análisis encuesta CASEN:

Victor Pedrero, MSc

Profesor Asistente, investigador Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Marcela Oyarte, MSc

Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Autores sección de estadísticas

Departamento Extranjería y Migración:

Verónica Arriagada Elzo, MSc

Sección de Estudios, Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior de Chile

Claudia Silva Dittborn, PhD

Jefa Sección de Estudios, Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior de Chile

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Existe una creciente migración intrarregional latinoamericana, caracterizada por movimientos de personas desde países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados.
- Chile se configura como un país de alto ingreso y con mejores niveles de salud que muchos otros países de América Latina y el Caribe.
- La inmigración en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando a representar el 2,3% de la población total en el año 2014.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Este capítulo construye un perfil sociodemográfico de la población migrante en Chile a partir de los datos existentes en la encuesta CASEN (2009-2013) y las bases de datos del Departamento de Extranjería y Migración (Permisos de Permanencia Definitiva y Visas de Residencia Temporal).
- Si bien la población migrante internacional en Chile proviene en su mayoría de países fronterizos, en los últimos años han crecido otros colectivos, como son los colombianos, venezolanos y haitianos. Esto se ve reflejado fundamentalmente en los registros de permisos temporales y definitivos.
- Existe un aumento importante de la migración en las regiones de la Zona Norte (especialmente Antofagasta, Atacama y Coquimbo), en donde las personas migrantes pueden superar el 5% de población total, y en la Zona Central (especialmente en las regiones Metropolitana y de Valparaíso).
- La desigualdad social al interior de la población migrante es mucho mayor que en la población chilena. Así, cerca del 50% de los migrantes se encuentran en los quintiles más altos de ingreso (IV y V), siendo concordante con el nivel educacional que presentan -correspondiendo en su mayoría a educación media o superior- y a diferencia de los chilenos que predominantemente poseen educación básica o media.
- Pese a lo anterior, los migrantes presentan una proporción mayor de personas en pobreza multidimensional que los chilenos.
- Respecto de los indicadores de trabajo, la mayoría se desempeña como empleado con una franca disminución del trabajo doméstico. Además, la mayoría cuenta con contratos de trabajo indefinido.
- En relación a las condiciones de vivienda, presentan cifras similares a la población chilena (viviendas aceptables con servicios básicos); sin embargo, superan a los nacionales en las cifras de hacinamiento.
- Un segmento de especial atención son los niños en situación de migración. Este grupo deja el sistema escolar antes que los chilenos y presenta cifras de pobreza multidimensional que doblan a la población nacional.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existe la necesidad de un enfoque multicultural de la salud que permita incluir las diferencias individuales de los colectivos migrantes en la atención.
- Es necesario focalizar las estrategias destinadas a esta población en las regiones en donde la migración ha crecido más pronunciadamente.
- Aún es incipiente la atención prestada a los niños migrantes, surgiendo como un grupo de especial vulnerabilidad, ya que es este grupo quien se encuentra en situación de mayor pobreza y presenta cifras de rezago escolar mayor que la población nacional.

d) Palabras clave: características sociodemográficas, desigualdad, pobreza, migrantes internacionales.

1. Antecedentes

Existen diversos grupos que, por sus características particulares, presentan importantes inequidades en los resultados en salud, debiendo ser considerados para un abordaje especial. Uno de ellos corresponde a personas inmigrantes (1). La inmigración es un reconocido determinante social (2), ya que las condiciones que rodean al proceso de migración influyen en que esta población sea susceptible a situaciones de vulnerabilidad y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública (3-6).

A nivel mundial, se ha estimado que 200 millones de personas migran cada año (7, 8). El año 2015 se estimaron 244 millones de migrantes internacionales en el mundo, equivalente a un 41% más de migrantes que el año 2000 (9). En América Latina y el Caribe, unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) había emigrado a otro país en el 2011 (10). En general, los EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente tendencia a la migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región (11). Los patrones migratorios a nivel global y regional han ido cambiando en los últimos años, no sólo en términos del aumento del número de personas en algunos continentes o países, sino también, en lo referido a los tipos de migrantes (aumento de refugiados de bajos ingresos trasladándose a países de alto ingreso) y a las condiciones riesgosas e incluso inhumanas en las cuales algunos grupos se movilizan en la actualidad (12).

No obstante la distribución desigual del ingreso, Chile es un país de alto ingreso en el contexto regional, con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita algo superior a \$20 000 (USD). Cuenta con una población de poco más de 16 millones de habitantes y en las últimas décadas ha experimentado grandes cambios económicos y demográficos, una mejora progresiva de las condiciones de salud de la población, la disminución de la mortalidad infantil y de la mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida (13). Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (14-16). Como consecuencia, se ha convertido paulatinamente en un polo de atracción de población migrante internacional, en especial en los últimos 10 años.

En contraste con otros países de la región de América Latina, como Argentina o Brasil, Chile históricamente fue un país fundamentalmente emisor de migrantes en lugar de ser un país receptor de inmigrantes. El 2007 por ejemplo, más de 857 781 chilenos vivían fuera del país, con una proporción de 3 chilenos fuera del país por 1 inmigrante viviendo en Chile (razón emigrante: inmigrante de 3: 1) (17, 18). Sin embargo, la inmigración en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando a representar el 2,3 % de la población total en el año 2014 (410.988 personas según datos recientes del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior de Chile). Ésta corresponde al porcentaje de inmigrantes más alto observado desde 1950 en Chile (Figura 1) (1). Entre 2002 y 2014 la tasa de crecimiento medio anual de la inmigración ha sido de 13,2%, mientras que el de la población total residente en Chile de 1,5% anual (1). Destaca además un aumento de población migrante femenina en Chile a lo largo del tiempo (Figura 2).

Figura 1

Número de personas migrantes internacionales en Chile según datos censales y CASEN 2013. Tomada de Cabieses y Bustos 2016 (1).

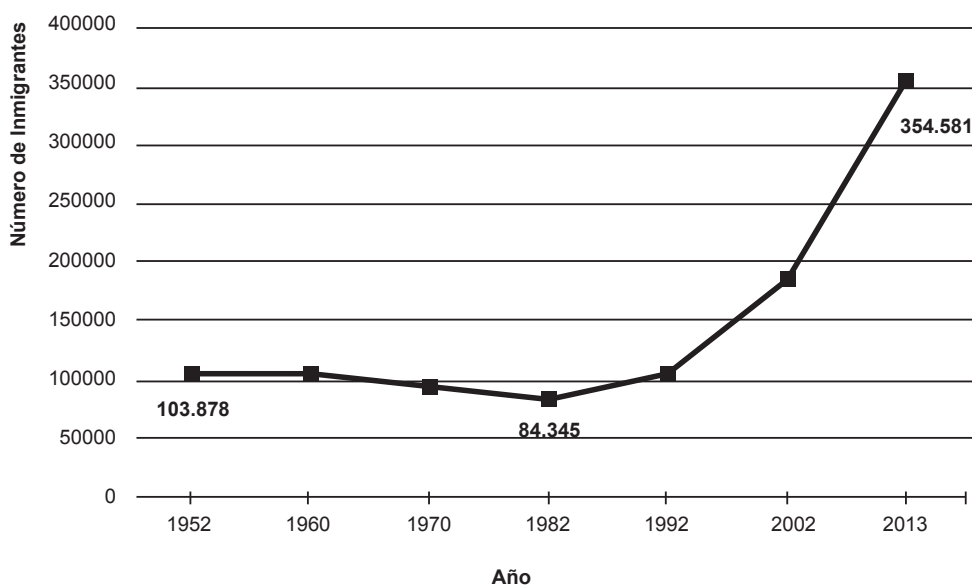
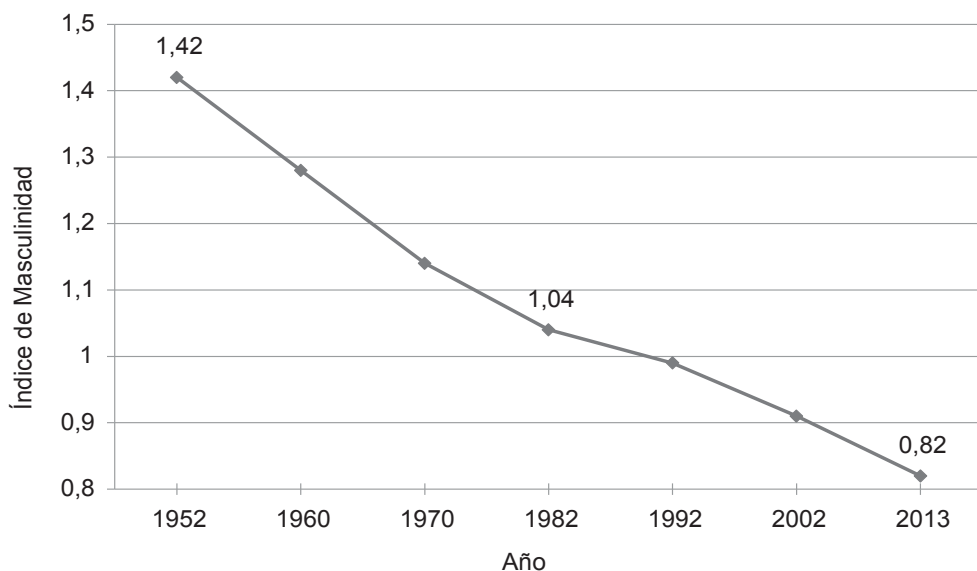


Figura 2

Índice de masculinidad de migrantes internacionales en Chile según datos censales 1952-2002, para 2013 se usaron datos CASEN. Tomada de Cabieses y Bustos 2016 (1).



La migración internacional en Chile presenta en la actualidad una de las tasas más altas de su historia y es posible suponer que ésta se mantendrá o aumentará en las próximas décadas. El complejo y dinámico proceso de globalización que se ha instalado en el mundo en los últimos 50 años nos permite recoger experiencias pasadas de países que han sido polo de atracción de migrantes internacionales, y el profundo impacto que tienen la existencia -o ausencia- de políticas migratorias, sociales y de salud que verdaderamente protejan la calidad de vida y el bienestar familiar, laboral y social de dichas personas. Esta evidencia histórica representa una ventaja para la correcta toma de decisiones en esta materia en Chile (1).

118

Así, el país se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar de la población migrante internacional (1). Lo cual es central dado que el país ha declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de protección de grupos de migrantes internacionales que experimentan algún tipo de vulnerabilidad social. Para ello, conocer las características demográficas y socioeconómicas de esta población, y sus transformaciones a lo largo del tiempo y curso de vida, es fundamental.

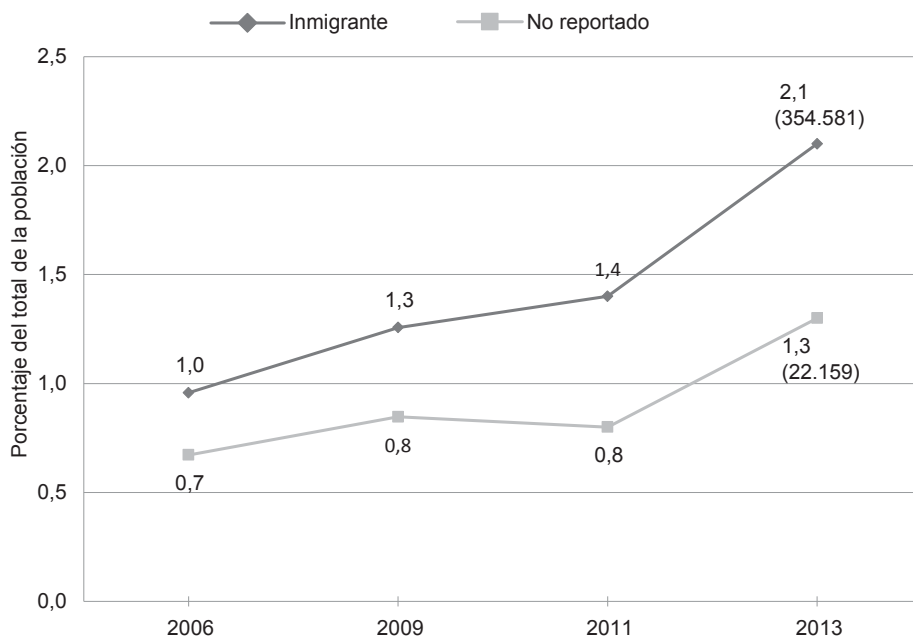
2. Propósito

El propósito de este capítulo es describir el perfil demográfico y socioeconómico de la población migrante internacional en Chile, y compararla con la población local que reporta haber nacido en Chile. Para ello, este capítulo utilizará dos fuentes principales de información de base poblacional: primero, la encuesta de caracterización social nacional CASEN de los años 2009, 2011 y 2013; y segundo, la información de otorgamientos de permisos de Permanencia Definitiva y Visas de Residencia Temporal que se han registrado en el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior de Chile.

La primera base de datos (CASEN) (19) permitirá principalmente observar patrones generales de población que se auto-reporta como migrante internacional (que su madre vivía en un país distinto de Chile cuando nació) de quienes se reportan como nacidos en Chile. Esta base de datos es de representación nacional y cuenta con una amplia diversidad de variables demográficas y socioeconómicas a analizar, pero en su proceso de selección muestral no busca representar a la población migrante internacional en particular. Además, la variable de país de nacimiento (que permite la estratificación entre inmigrante y chileno) cuenta con porcentajes relativamente altos de no respuesta o datos perdidos, lo que dificulta su utilización para análisis e interpretación de datos (Figura 3). No obstante lo anterior, esta base de datos permite a nivel exploratorio al menos comparar entre migrantes internacionales y chilenos, y describir su perfil sociodemográfico general a través de los últimos años.

Figura 3

Proporción de personas que reportan ser migrantes y personas que prefieren no responder a esta pregunta, según datos CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013. Tomada de Cabieses y Bustos 2016 (1).



La segunda base de datos corresponde a la información disponible de otorgamientos de permisos de Permanencia Definitiva, del año 2005 al 2015, y Visa de Residencia Temporal 2014-2015, desde el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Gobierno de Chile. Esta base de datos cuenta con importante información de variables demográficas, laborales y migratorias declaradas por quienes han solicitado diferentes tipos de visa a lo largo del tiempo en nuestro país. Dicha información aporta con gran riqueza y complementariedad a la base de datos CASEN, pero no permite comparar entre migrantes internacionales y población nacional. Asimismo, no es posible establecer correlaciones entre personas y permisos, ya que en esta base se da cuenta de los permisos otorgados, pudiendo una persona tener más de un permiso durante los períodos considerados. Por otra parte, tiene la limitación inevitable de representar solo a quienes desean obtener permisos en Chile y no a quienes pueden encontrarse en situación irregular. De ahí entonces la importancia de considerar ambas fuentes de información para el análisis del perfil socio-demográfico de migrantes internacionales en Chile.

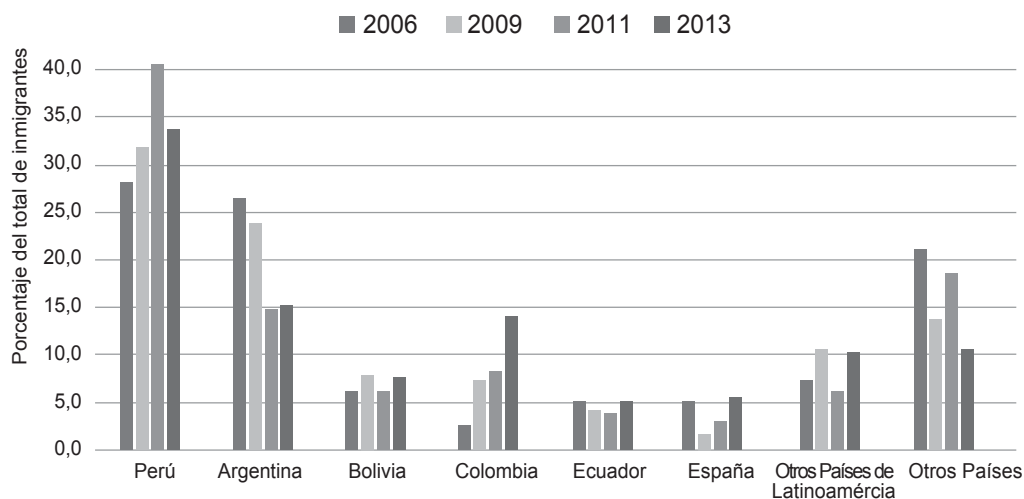
3. Perfil sociodemográfico según CASEN 2009, 2011 y 2013

3.1. La heterogeneidad de la población migrante internacional en Chile

Los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo (20); el solo hecho de haber nacido fuera de Chile no los hace un grupo similar entre sí. Características como el país de origen, su identidad cultural y étnica, las razones y condiciones en las cuales se migró, situación legal y laboral al llegar al país, entre otras, producen grandes diferencias en las condiciones de vida y riesgo de vulnerabilidad en la población migrante en Chile. De acuerdo a lo reportado por Cabieses y Bustos (1), existen al menos dos ejemplos claros que describen la alta heterogeneidad de la población migrante internacional en Chile. El primero es el amplio abanico de países que han inmigrado a Chile en los últimos años. Según datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN, los dos principales países que importan habitantes a nuestro país son Argentina y Perú, pero ha habido un aumento significativo de inmigrantes de Colombia y de otros países no latinos en años recientes. Existen en total personas provenientes de más de 60 países distintos en Chile en la actualidad (Figura 4).

Figura 4

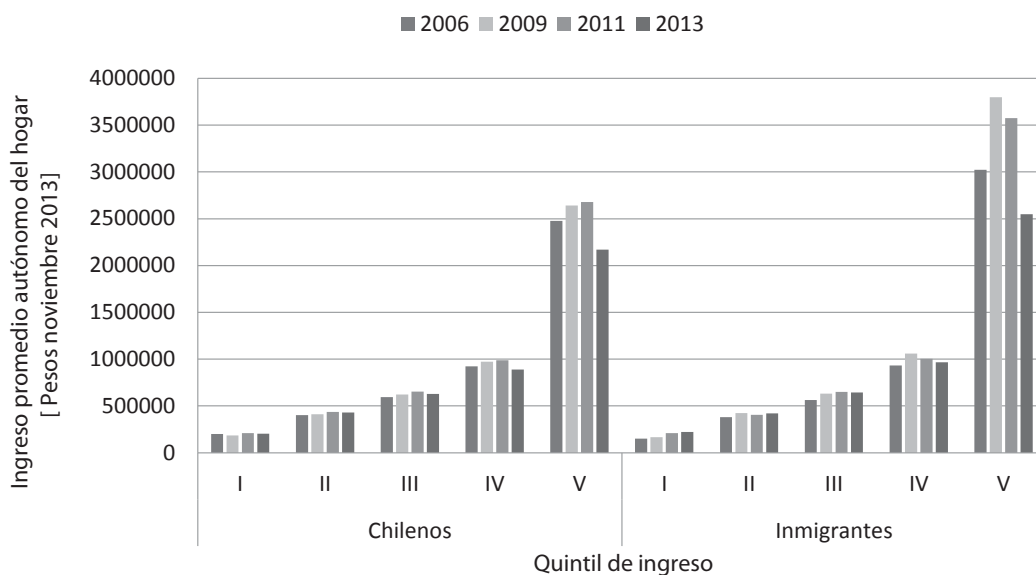
Países de origen de migrantes internacionales en Chile, según datos CASEN entre 2006 y 2013. Tomado de Cabieses y Bustos 2016 (1).



El segundo ejemplo tiene que ver con las condiciones económicas de los inmigrantes en nuestro país (20). Si bien esto se desarrollará con mayor detalle en la sección 4.3 de este capítulo, es importante destacar que según datos de la CASEN, la desigualdad por ingreso es más acentuada en población inmigrante que en población chilena. Es decir, la brecha entre ricos y pobres según quintil de ingreso autónomo del hogar es mayor en inmigrantes que en chilenos (Figura 5).

Figura 5

Ingreso del hogar reportado por migrantes internacionales en Chile, según datos CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013

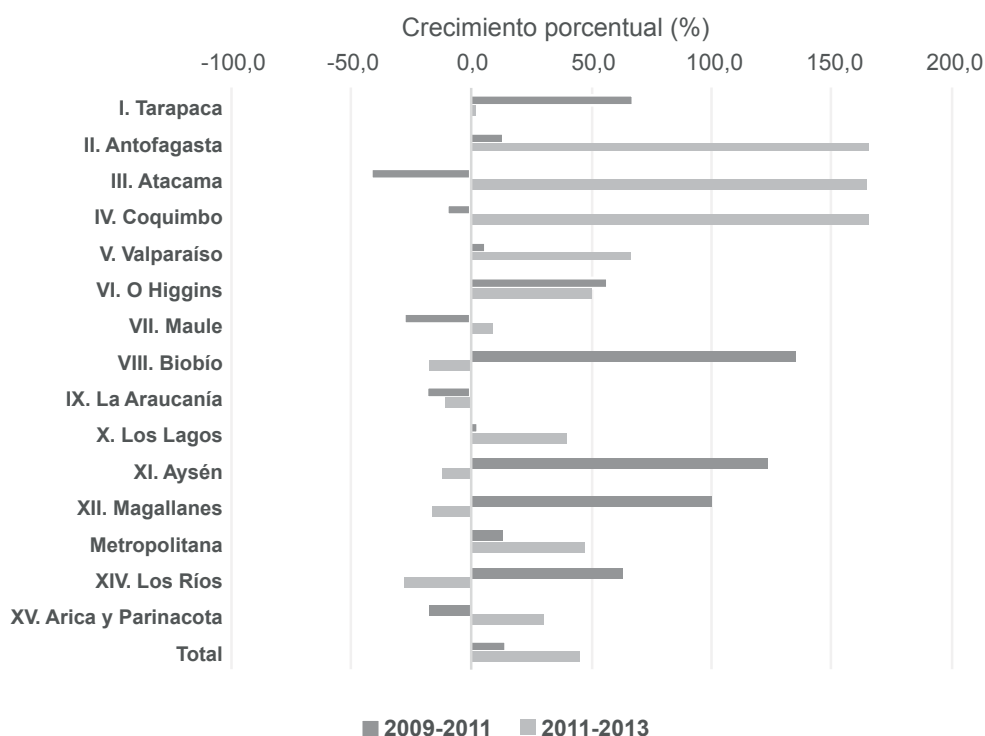


3.2. Perfil demográfico de población migrante internacional en Chile

La evaluación de los datos proporcionados por CASEN muestra que la población migrante en Chile ha tenido un incremento sostenido entre 2009 y 2013. Entre 2009 y 2011 este grupo evidenció un crecimiento de 14% mientras que entre 2011 y 2013 fue de un 45%. Este fenómeno no ocurre de la misma manera en las diferentes regiones del país, presentando variaciones de dirección y magnitud en los dos períodos evaluados. Por ejemplo, la región de Atacama en el período de 2009-2011 presentó una disminución de 41,2% en la población migrante, mientras que entre 2011 y 2013 este grupo aumento un 164,5%. Por el contrario regiones como la Metropolitana presentaron un incremento sostenido en los dos períodos 11,9% de 2009 a 2011 y 47% de 2011 a 2013 (Figura 6).

Figura 6

Crecimiento porcentual de la población Migrante en las diferentes regiones del país, según datos CASEN 2009, 2011, 2013

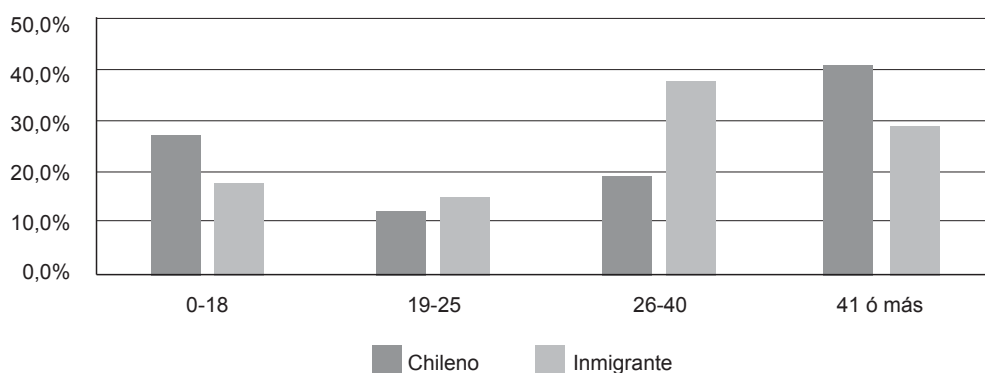


Al analizar la distribución de la población migrante a lo largo de Chile, es posible observar que este grupo se encuentra ubicado, principalmente, en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y Metropolitana. Pese a que esta última concentra la mayor cantidad de migrantes del país, estos solo representan un 3,4% del total de habitantes de la región. En cambio, son las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Arica Parinacota (Zona norte del país) las que muestran los mayores porcentajes de inmigrantes dentro de la región. De acuerdo a la estimación de 2013 estos corresponden a un 5,7%, 4,7% y 4,7% respectivamente, lo que contrasta con la mayoría del país donde este valor no supera el 1,5%. Si bien la distribución cruda por regiones se ha mantenido constante, de igual forma existen variaciones internas en cada caso (Tabla 1).

En su mayoría la población migrante es joven con una media de 32 años, muy similar a la población chilena (Tabla 1). Sin embargo, al realizar un análisis de subgrupo de los datos CASEN 2013 entorno a dicha media, destaca una alta proporción de chilenos por encima de los 41 años (41%), contrario a lo que sucede en el grupo de migrantes en donde para este mismo tramo etario existe solo un 28% de la población. Además, existe un alza considerable de población migrante en el tramo entre 26 y 40 años, que dobla a la población chilena. Estas estimaciones dan cuenta del perfil de adulto joven en edad productiva del migrante que llega a nuestro país (Figura 7).

Figura 7

Distribución en diferentes grupos de edad para población migrante y chilena de acuerdo a datos CASEN 2013



Adicionalmente, se confirma que la población migrante está ligeramente más feminizada que la población nacional mostrando diferencias en el índice de masculinidad de hasta 0,1 puntos en la medición de 2011. Por otro lado, destaca el crecimiento de la población migrante femenina en el período de 2009-2011 el cual alcanza un 14%, 3,5 veces mayor que el mismo fenómeno en hombres. Esto se iguala en el período de 2011-2013 en donde ambos grupos incrementan por igual en un 30%. Finalmente, en relación al estado civil destaca una mayor proporción de migrantes que se encuentran casados o conviven y una menor proporción de solteros que en la población chilena. No obstante, la información disponible no permite determinar si el encuestado que se auto-reporta soltero tendría pareja en su país de origen.

Tabla 1

Perfil demográfico de población migrante internacional y chilena según datos CASEN 2009, 2011 y 2013.

	CASEN 2009				CASEN 2011				CASEN 2013			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
	(16.620.196)		(213.797)		(16.577.539)		(243.878)		(16.689.377)		(354.581)	
Edad												
Media ± SD	34,3 ± 21,9		33,9 ± 19,0		34,8 ± 22,1		32,4 ± 17,6		35,5 ± 22,4		33,4 ± 17,0	
Min	0		0		0		0		0		0	
Mediana	32		30		32		30		33		32	
Max	107		100		105		97		108		98	
Sexo												
Hombre	48%	(7.998.902)	49%	(103.754)	48%	(7.895.139)	45%	(108.878)	47%	(7.904.803)	45%	(159.353)
Mujer	52%	(8.621.294)	51%	(110.043)	52%	(8.682.400)	55%	(135.000)	53%	(8.784.574)	55%	(195.228)
Estado Civil												
Casado(a)	31%	(5.076.660)	31%	(65.781)	28%	(4.710.420)	27%	(66.699)	28%	(4.657.438)	28%	(98.417)
Conviviente o pareja	10%	(1.670.504)	23%	(49.536)	11%	(1.795.242)	22%	(52.754)	11%	(1.889.062)	24%	(84.598)
Anulado(a)	0%	(22.012)	0%	(326)	0%	(22.015)	0%	(20)	0%	(23.301)	0%	(257)
Separado(a)	4%	(687.728)	2%	(4.727)	4%	(745.370)	3%	(7.444)	5%	(763.196)	3%	(11.798)
Divorciado(a)	0%	(56.911)	1%	(1.163)	1%	(107.068)	1%	(1.878)	1%	(153.476)	1%	(2.722)
Viudo(a)	4%	(736.716)	3%	(5.983)	4%	(743.494)	2%	(5.626)	4%	(729.218)	2%	(7.907)
Soltero(a)	50%	(8.369.665)	40%	(86.281)	51%	(8.453.930)	45%	(109.457)	51%	(8.473.686)	42%	(148.882)
Región												
I. Tarapacá	2%	(296.597)	5%	(10.659)	2%	(284.386)	7%	(17.814)	2%	(290.171)	5%	(18.069)

II. Antofagasta	3%	(559.799)	4%	(8.844)	3%	(540.459)	4%	(10.042)	3%	(531.154)	8%	(26.624)
III. Atacama	2%	(276.280)	1%	(1.927)	2%	(271.184)	0%	(1.133)	2%	(273.315)	1%	(2.997)
IV. Coquimbo	4%	(703.332)	1%	(2.964)	4%	(712.676)	1%	(2.665)	4%	(720.746)	2%	(7.076)
V. Valparaíso	10%	(1.720.415)	7%	(14.448)	10%	(1.728.275)	6%	(15.360)	10%	(1.745.859)	7%	(25.510)
VI. O'Higgins	5%	(871.291)	1%	(2.015)	5%	(874.319)	1%	(3.165)	5%	(889.086)	1%	(4.743)
VII. Maule	6%	(995.992)	2%	(3.511)	6%	(993.063)	1%	(2.524)	6%	(1.005.496)	1%	(2.743)
VIII. Biobío	12%	(2.013.353)	2%	(3.461)	12%	(2.002.014)	3%	(8.124)	12%	(2.015.405)	2%	(6.760)
IX. La Araucanía	6%	(950.363)	4%	(8.356)	6%	(940.365)	3%	(6.785)	6%	(948.252)	2%	(6.076)
X. Los Lagos	5%	(819.592)	2%	(3.949)	5%	(814.571)	2%	(4.071)	5%	(828.037)	2%	(5.696)
XI. Aysén	1%	(102.734)	0%	(765)	1%	(97.211)	1%	(1.704)	1%	(99.109)	0%	(1.505)
XII. Magallanes	1%	(157.088)	1%	(1.081)	1%	(147.734)	1%	(2.162)	1%	(147.286)	1%	(1.808)
Metropolitana	40%	(6.602.731)	67%	(143.253)	40%	(6.638.143)	66%	(160.332)	40%	(6.669.580)	66%	(235.610)
XIV. Los Ríos	2%	(375.968)	1%	(1.142)	2%	(364.216)	1%	(1.863)	2%	(363.236)	0%	(1.346)
XV. Arica y Parinacota	1%	(174.661)	3%	(7.422)	1%	(168.923)	3%	(6.134)	1%	(162.645)	2%	(8.018)
Zona												
Urbano	87%	(14440500)	93%	(198.723)	87%	(14.434.482)	96%	(234.575)	87%	(14.527.691)	96%	(339.592)
Rural	13%	(2179696)	7%	(15.074)	13%	(2.143.057)	4%	(9.303)	13%	(2.161.686)	4%	(14.989)

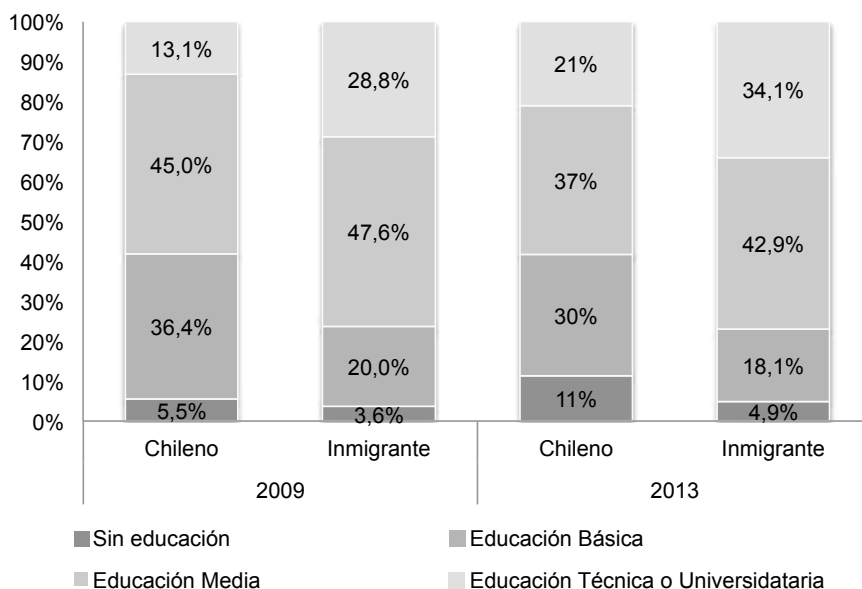
3.3. Perfil socioeconómico de población migrante internacional en Chile

Nivel educacional

Al analizar el nivel educacional, destaca que la población migrante internacional alcanza en promedio niveles más altos de educación en comparación a la población chilena y el grupo de quienes no poseen educación formal también es menor. Al evaluar los períodos 2009 y 2013, se puede apreciar que el 75 % de la población de migrantes internacionales alcanza como mínimo educación media completa, destacado una alta proporción de migrantes con educación universitaria o técnica. La proporción de chilenos que alcanza al menos educación media corresponde a un 58% en ambas mediciones, esto es un 16% menor que la población migrante. Algo similar sucede con la proporción de chilenos con educación superior (Figura 8).

Figura 8

Distribución según nivel educacional de población migrante y chilena de acuerdo a datos CASEN 2009 y 2013



Trabajo y ocupación

Considerando los datos aportados por CASEN, la fuerza laboral puede ser dividida en ocupados, desocupados e inactivos (Cuadro 1). Los datos indican que el conjunto de desocupados e inactivos, proporcionalmente, es mucho mayor en inmigrantes internacionales que en chilenos (Figura 9), manteniendo una distancia de cerca de 10 puntos porcentuales en las diferentes mediciones. Esta fuerza laboral está integrada, en ambos casos, principalmente por la población ocupada, la cual ha aumentado sostenidamente en las diferentes mediciones de la encuesta. Sin embargo, este aumento ha sido más marcado en el grupo de migrantes internacionales alcanzando un crecimiento bruto cercano al 5%, en comparación a los chilenos quienes no superan 3,9% en su mejor medición.

Respecto de los desocupados las cifras han sido más estables, apreciándose un descenso en este indicador para ambos grupos entre 2011 y 2013, lo cual es un poco más evidente en la población migrante. Además, destaca que la cifra de inactivos ha caído sostenidamente en ambas poblaciones, pero se mantiene considerablemente más baja en el grupo de migrantes internacionales. Estos datos apoyan un perfil sociodemográfico de un grupo de inmigrantes fundamentalmente trabajadores y en edad productiva.

Respecto del tipo de trabajo que desarrollan, el patrón es similar en ambos grupos concentrándose principalmente en aquellos que se desempeñan como trabajadores por cuenta propia y quienes son empleados del sector privado. Estas categorías agrupan a más del 70% de la población en ambos casos. En relación al tipo de contrato de trabajo, 82,2% de los migrantes internacionales poseen contrato de tipo indefinido, esta cifra está por sobre la de la población chilena, la cual llega al 74,3%. Respecto del tipo de jornada de trabajo el 91% del colectivo migrante trabaja jornada completa, ligeramente superior a los nacionales que llegan al 85,3%. En lo que respecta a la jornada de trabajo (diurna o nocturna) la situación es similar para ambos grupos en donde sobre el 80% trabaja solo en jornada diurna.

Cuadro 1

Categorías laborales de acuerdo a metodología CASEN (21).

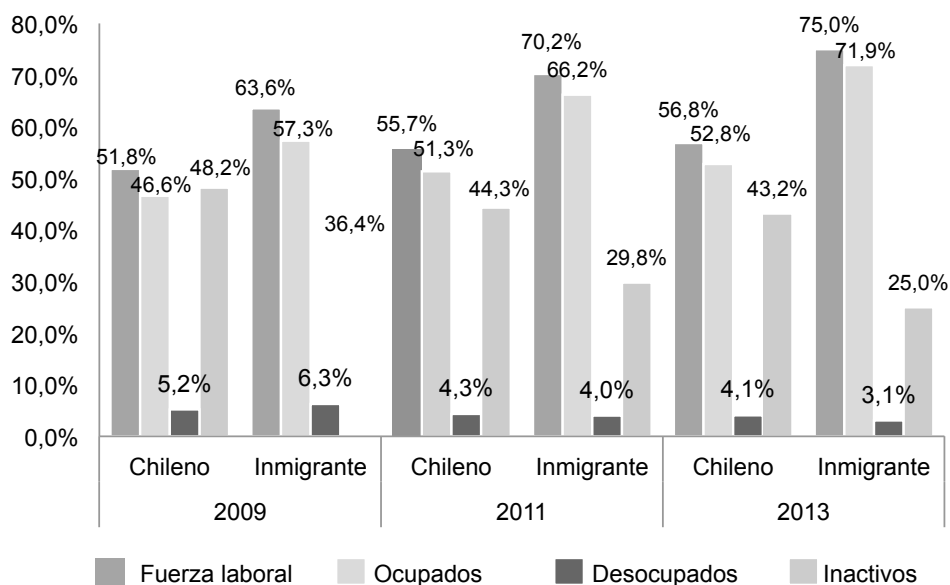
Desocupados: Corresponden a personas de 15 años y más que la semana anterior a la realización de la encuesta se encontraban sin empleo pero realizaron esfuerzos concretos por conseguirlo.

Ocupados: Corresponde a personas de 15 años y más quienes trabajaron al menos una hora por un sueldo o salario o para obtener beneficios o ganancia familiar. Incluye trabajos familiares no remunerados y personas que teniendo empleo estuvieron ausentes de su trabajo.

Inactivos: Corresponden a personas de 15 años y más que no integran la fuerza de trabajo (Ej.: estudiantes, jubilados, dueñas de casa).

Figura 9

Distribución de la población migrante y chilena según situación laboral de acuerdo a datos CASEN 2009, 2011 y 2013



Ingreso y Pobreza

Al analizar el ingreso quintiles es posible observar que para los períodos 2011 y 2013 más del 50% de la población migrante internacional se concentra en los quintiles IV y V. Esto es contrario a la población chilena en donde la mayor proporción de la población se encuentra en los primeros quintiles particularmente I y II (Tabla 2). Esta alta proporción de migrantes en los quintiles superiores, contrasta con los niveles de pobreza multidimensional (Cuadro 2) para el mismo período 2011-2013, en donde el grupo de migrante presenta consistentemente una mayor proporción de pobres que la población nacional.

Metodologías tradicionales de medición de pobreza de los años 2009 y 2011 demuestran una proporción de pobres extremos ligeramente mayor en la población migrante internacional comparada con la chilena (Tabla 3). Esta combinación de factores, es decir una alta proporción de migrantes en los quintiles superiores en comparación a la población chilena, pero con mayores niveles de pobreza multidimensional, sugiere que la brecha de desigualdad al interior de la población migrante es mayor incluso a la brecha de la población chilena (lo mismo fue señalado anteriormente en el punto 4.1 de este capítulo).

Otro aspecto que da cuenta de la heterogeneidad de la población migrante internacional es la distribución de acuerdo a seguro de salud, lo cual puede vincularse con las brechas ya expuestas. Si bien la mayoría de la población migrante es beneficiaria de FONASA (Fondo Nacional de Salud) y se concentra en los primeros tramos (A y B) este grupo es cerca de un 10% menor que la población chilena. Lo contrario sucede al explorar la proporción de chilenos y migrantes internacionales usuarios del sistema de ISAPRE o quienes no poseen ningún seguro de salud, en donde el grupo de migrantes presenta cifras consistentemente mayores que la población local para los diferentes períodos (Tabla 4). Otro indicador importante de analizar son las condiciones de la vivienda. Tanto las condiciones materiales de la vivienda (materialidad en muros, piso y techo aceptable), saneamiento (disponibilidad agua aceptable y servicio higiénico aceptable) y la calidad global (saneamiento y materialidad) del inmueble se encuentra mayoritariamente en un nivel aceptable tanto para chilenos (86,1%) como migrantes (82,8%). Sin embargo, destacan cifras de hacinamiento mayores en el caso de los migrantes, así solo el 75,6% de los migrantes internacionales no vive en condiciones de hacinamiento (2,4 personas por dormitorio y menos), en comparación con los chilenos en quienes esta cifra alcanza el 90,9%. Respecto de la proporción en hacinamiento extremo (5 y más personas por dormitorio) surge que en el caso de los inmigrantes la proporción que se encuentra en esta situación es de 9,1% en comparación con los chilenos en donde no alcanza al 1%.

Cuadro 2

Metodologías de estimación de la pobreza utilizadas en CASEN 2013 (22).

Metodología tradicional: Esta metodología ha sido utilizada en Chile para la medición de la pobreza desde la década de 1980 y considera los ingresos del hogar. Según esta metodología un hogar en pobreza extrema o indigencia es aquel en donde los ingresos totales per cápita no son suficientes para financiar una canasta de necesidades básicas alimentarias (CBA). Por otro lado un hogar estará en situación de pobreza si sus ingresos totales per cápita mensuales no le permiten cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias, para ello se aplica un factor multiplicador al valor de la CBA el cual difiere según si el hogar es rural o urbano. La CBA está definida de acuerdo a los patrones de consumo establecidos en la encuesta de presupuesto familiar 1986-1987.

Nueva Metodología: Establecida en 2013, la nueva metodología de medición de la pobreza considera una nueva estimación de la canasta básica alimentaria y no alimentaria utilizando como base la Encuesta de Presupuestos Familiares 2011-2012. A partir de esto se estima un valor de ingreso equivalente por persona dentro del hogar que define la línea de la pobreza y pobreza extrema; este valor depende del número de integrantes del hogar. En esta metodología la estimación del ingreso del hogar incluye el ingreso autónomo, las transferencias monetarias desde el estado y una imputación por concepto de vivienda propia.

La pobreza multidimensional: Este indicador mide la pobreza a través de la situación de los hogares en relación a distintas dimensiones e indicadores de bienestar que se consideran socialmente relevantes. Dichas dimensiones pueden presentar variaciones entre sociedades por lo que cada país debe acordar un conjunto que le resulte relevante. En el caso de Chile estas son: educación, salud, vivienda y trabajo-seguridad social. Cada dimensión está compuesta por un subconjunto de 3 indicadores (12 en total) que poseen la misma importancia, así el peso de cada dimensión es de 25% en relación al total. Se considera que un hogar es pobre multidimensional cuando presenta una carencia agregada del 25% de los indicadores, es decir 3 de los 12, los cuales pueden estar distribuidos en diferentes dimensiones.

Tabla 2

Perfil Socioeconómico de la población migrante y chilena de acuerdo a datos CASEN 2009, 2011, 2013

	CASEN 2009				CASEN 2011				CASEN 2013			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
Quintil de ingreso												
I	70.655	29,0%	314	17,3%	3.646.335	22,0%	34.035	14,1%	3.639.836	21,8%	40.394	11,5%
II	59.486	24,4%	394	21,7%	3.638.955	22,0%	37.596	15,6%	3.677.837	22,1%	64.977	18,5%
III	50.777	20,8%	372	20,5%	3.437.293	20,8%	38.699	16,1%	3.501.934	21,0%	58.369	16,6%
IV	38.742	15,9%	336	18,5%	3.142.670	19,0%	55.067	22,9%	3.160.261	19,0%	84.816	24,1%
V	23.958	9,8%	401	22,1%	2.696.244	16,3%	75.345	31,3%	2.696.470	16,2%	103.472	29,4%
Actividad												
Ocupados	89002	46,6%	913	57,3%	6700406	51,3%	138815	66,2%	6.953.782	52,8%	221.053	71,9%
Desocupados	9955	5,2%	100	6,3%	566657	4,3%	8430	4,0%	536.062	4,1%	9.457	3,1%
Inactivos	92006	48,2%	581	36,4%	5782358	44,3%	62470	29,8%	5.688.534	43,2%	76.830	25,0%
Categoría ocupacional												
Patrón o empleador	2445	2,7%	44	4,8%	126893	1,9%	4121	3,0%	136.918	2,0%	6.498	2,9%
Trabajador por cuenta propia	20087	22,6%	234	25,6%	1361844	20,3%	26130	18,8%	1.343.399	19,3%	44.252	20,0%
Empleado u Obrero del sector público	5192	5,8%	38	4,2%	424523	6,3%	2958	2,1%	512.141	7,4%	7.463	3,4%
Empleado u Obrero de empresas públicas	3945	4,4%	34	3,7%	195019	2,9%	2405	1,7%	218.227	3,1%	5.449	2,5%
Empleado u Obrero del sector privado	52364	58,8%	467	51,1%	4137573	61,7%	82196	59,2%	4.413.904	63,5%	137.539	62,2%
Servicio doméstico puertas adentro	570	0,6%	23	2,5%	15867	0,2%	3136	2,3%	11.376	0,2%	2.389	1,1%
Servicio doméstico puertas afuera	3311	3,7%	53	5,8%	334911	5,0%	17020	12,2%	237.334	3,4%	16.139	7,3%
FF.AA. y del Orden	476	0,5%	0	0,0%	79703	1,2%	632	0,5%	49.564	0,7%	696	0,3%
Familiar no remunerado	676	0,8%	21	2,3%	27799	0,4%	344	0,2%	32.240	0,5%	670	0,3%

Tabla 3

Perfil de pobreza de población migrante internacional y chilena según datos CASEN 2009, 2011 y 2013.

	CASEN 2009				CASEN 2011				CASEN 2013			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
	(16.620.196)		(213.797)		(16.577.539)		(243.878)		(16.689.377)		(354.581)	
Pobreza tradicional												
Pobres extremos	4%	593537	5%	10234	8%	1340482	9%	22362	2%	415471	2%	6286
Pobres no extremos	8%	1310995	4%	8216	14%	2347035	10%	24895	5%	890088	3%	11956
No pobres	89%	14695586	91%	193295	78%	12873980	80%	193485	92%	15370779	95%	333786
Pobreza nueva metodología												
Pobres extremos	10%	1649208	9%	19325	3%	520730	2%	5330	5%	754885	3%	12171
Pobres no extremos	15%	2561239	15%	31456	8%	1292934	5%	12495	10%	1651428	7%	25414
No pobres	75%	12389671	76%	160964	89%	14747833	93%	222917	86%	14270025	89%	314443
Pobreza Multidimensional												
No pobre	72%	11545952	73%	147524	76%	12379597	72%	169902	80%	12739229	75%	254589
Pobre	28%	4404257	27%	54230	24%	3957385	28%	64474	20%	3234914	25%	85559

Tabla 4

Tipo de previsión de salud para migrantes y chilenos, según datos CASEN 2009, 2011, 2013

	CASEN 2009				CASEN 2011				CASEN 2013			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
	(16.620.196)		(213.797)		(16.577.539)		(243.878)		(16.689.377)		(354.581)	
Previsión de salud												
FONASA A	32%	5275059	20%	42272	34%	5558739	22%	53283	28%	4726283	18%	62572
FONASA B	24%	4048253	19%	41502	26%	4278889	22%	53150	25%	4140789	22%	77935
FONASA C	12%	1920011	9%	19504	11%	1822889	11%	25656	12%	1964164	14%	49468
FONASA D	7%	1139585	6%	11811	7%	1223283	6%	15199	9%	1544372	8%	27177
FONASA No sabe que grupo	5%	759645	5%	11723	4%	593233	4%	8922	4%	740903	7%	26447
FFAA y del orden	2%	406007	1%	1254	2%	333557	0%	968	2%	362152	0%	1265
ISAPRE	13%	2155589	21%	45727	13%	2122542	19%	45177	14%	2361099	18%	64095
Ninguno (Particular)	3%	561049	15%	31108	2%	397011	14%	34099	3%	422224	9%	31535
Otro	0%	68497	2%	4996	0%	76667	1%	3339	1%	131010	2%	6823
No sabe	2%	286501	2%	3900	1%	170729	2%	4085	2%	296381	2%	7264
Seguro de salud												
Sí	-	-	-	-	7%	1171406	12%	28429	11%	635094	17%	23426
No	-	-	-	-	92%	15211827	87%	211986	89%	5237261	83%	110525
No sabe/No recuerda	-	-	-	-	1%	194306	1%	3463	3%	165623	3%	3970

3.4. Perfil socioeconómico de población migrante internacional infantil y juvenil

Según datos CASEN en Chile existen 4.718.494 niños y jóvenes menores de 18 años, de estos el 1,4% corresponde a migrantes, mientras que en 1,2% de los casos no es posible determinar su nacionalidad. En términos generales esta población se concentra en el tramo de 7 a 15 años, tanto en el caso de chilenos como de migrantes, sin embargo en el caso de este último grupo esto es aún más acentuado (49,6% del total de niños migrantes). En relación a la distribución por sexo destaca que en la población nacional no existen diferencias importantes en ningún tramo de edad, mientras que en el caso de la población migrante destaca que el grupo de menores de un año está conformado principalmente por hombres (65,5%), por el contrario en el tramo entre 1 a 6 años existe un número mayor de mujeres (66,5%).

En relación al nivel educacional, tanto el grupo de chilenos como migrantes siguen un patrón similares, es decir, un proporción de niños en el sistema escolar que aumenta progresivamente, llegando a su máximo en el tramo de 7 a 14 años, para luego descender en el tramo de 15 a 18 años. Pese a esto existen algunas diferencias, la más notoria es que en el grupo de 1 a 6 años existe una mayor proporción de niños migrantes dentro del sistema escolar (79,6%) en comparación con los chilenos (64,2%), mientras que en los tramos siguientes sucede lo contrario, es decir mayor cantidad de chilenos en el sistema escolar. Las razones entregadas por los padres para no integrar a los niños y jóvenes al sistema escolar varían según tramo de edad. Entre 1 a 6 años destaca que no lo encuentran necesario (74% de los chilenos y 57,4% migrantes) o que no confían en el cuidado entregado. Esta última alternativa es referida por el 16% de los padres de niños migrantes en comparación con el 3,4% de los chilenos. En el tramo de 7 a 14 años la población migrante se concentra en la alternativa no sabe o no responde y los chilenos señalan que es por alguna clase de discapacidad. Finalmente, en el grupo de 14 a 18 años en el caso de los migrantes (41,7%) es porque se encuentra buscando trabajo, en cambio en el caso de los chilenos es porque ya terminó de estudiar (22,5%) y en segundo lugar la búsqueda de trabajo (19,7%).

Respecto de la situación socioeconómica de este grupo, en la Tabla 5 se puede apreciar si los niños y jóvenes pertenecen a hogares en situación de pobreza multidimensional (para definición conceptual ver Cuadro 1). Destaca que más del 50% de los niños migrantes entre 1 y 6 años, provienen de hogares pobres multidimensionales, esta cifra es el doble que en la población chilena. Este fenómeno se mantiene con pequeñas variaciones hasta el grupo entre 15 y 18 años. Esta situación pone a la población infantojuvenil en una especial vulnerabilidad social, ya que presenta cifras aún más acentuadas de lo que se puede observar en población general.

Tabla 5

Perfil sociodemográfico de población de niños y jóvenes migrante internacional y chilena según datos CASEN 2013.

		Chilenos	Migrantes	No Reportado	Total
Menor de un año	Sexo				
	Hombre	100312 (48,6%)	555 (65,5%)	1721 (58%)	102588 (48,8%)
	Mujer	106147 (51,4%)	292 (35,4%)	1245 (42%)	107684 (51,2%)
	Total	206459 (100%)	847 (100%)	2966 (100%)	210272 (100%)
	Asiste a est. educacional				
	Si	6384 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	6384 (3%)
	No	200075 (96,9%)	847 (100%)	2966 (100%)	203888 (97%)
	Total	206459 (100%)	847 (100%)	2966 (100%)	210272 (100%)
	Pobreza MD				
	Si	30,0%	11,1%	41,9%	30,0%
No	70,0%	88,9%	58,1%	70,0%	
1 a 6 años	Sexo				
	Hombre	724766 (50,5%)	4891 (33,5%)	13546 (49,8%)	742603 (50,4%)
	Mujer	708900 (49,05%)	9710 (66,5%)	13654 (50,2%)	732264 (49,6%)
	Total	1433066 (100%)	14601 (100%)	27200 (100%)	1474867 (100%)
	Asiste a est. educacional				
	Si	919526 (64,2%)	11618 (79,6%)	13489 (49,6%)	944633 (64%)
	No	513540 (35,8%)	2983 (20,4%)	13711 (50,4%)	530234 (36%)
	Total	1433066 (100%)	14601 (100%)	27200 (100%)	1474867 (100%)
	Pobreza MD				
	Si	26,2%	52,2%	27,3%	26,5%
No	73,8%	47,8%	72,7%	73,5%	

7 a 14 años	Sexo				
	Hombre	949393 (50,7%)	14853 (46,7%)	8210 (46,6%)	972456 (50,6%)
	Mujer	922081 (49,3%)	16940 (53,3%)	9420 (53,4%)	948441 (49,4%)
	Total	1871474 (100%)	31793 (100%)	17630 (100%)	1920897 (100%)
	Asiste a est. educacional				
	Si	1862941 (99,5%)	30044 (94,5%)	17560 (99,6%)	1910545 (99,5%)
	No	8533 (0,5%)	1749 (5,5%)	70 (0,4%)	10352 (0,5%)
	Total	1871474 (100%)	31793 (100%)	17630 (100%)	1920897 (100%)
	Pobreza MD				
	Si	20,5%	38,2%	21,5%	20,8%
No	79,5%	61,8%	78,5%	79,2%	
15 a 18 años	Sexo				
	Hombre	564501 (51,9%)	7833 (46,5%)	3189 (42,4%)	575523 (51,7%)
	Mujer	523575 (48,1%)	9028 (53,5%)	4333 (57,6%)	536936 (48,3%)
	Total	1088076 (100%)	16861 (100%)	7522 (100%)	1112459 (100%)
	Asiste a est. educacional				
	Si	923108 (86,9%)	13550 (80,5%)	5500 (78%)	942158 (86,8%)
	No	138908 (13,1%)	3289 (19,5%)	1551 (22%)	143748 (13,2%)
	Total	1062016 (100%)	16839 (100%)	7051 (100%)	1085906 (100%)
	Pobreza MD				
	Si	22,6%	35,1%	24,3%	22,8%
No	77,4%	64,9%	75,7%	77,2%	

4. Perfil sociodemográfico según permisos otorgados en el Departamento de Extranjería y Migración

Chile ha vivido durante su historia diversos procesos de migración con distintos niveles de significación. Al igual que muchos países, atravesó por una primera etapa de inmigración programada por el Estado donde, a través de la legislación vigente, se promovió la inmigración de personas de origen europeo a mediados del siglo XIX, recibiendo población de origen alemán, austriaco, italiano y francés, entre otros, los cuales llegaron principalmente a regiones del extremo sur del país. La segunda etapa estuvo marcada por procesos de emigración producto de inestabilidades políticas en los países de orígenes de las personas migrantes, lo que incentivó a una fuerte recepción de población árabe, en los albores del siglo XX, y de migrantes europeos para finales del mismo siglo (23). Coincidentemente con el retorno a la democracia, los mayores niveles de desarrollo económico, la constante disminución de la pobreza y la estabilidad institucional y política, se transita desde una migración programada por el Estado hacia una espontánea, que tiene su fundamento principalmente en movimientos de la economía y la búsqueda de trabajo, encontrándose esta tendencia en concordancia con el fenómeno mundial.

Así, es central poder comprender las tendencias migratorias en los contextos políticos y económicos en los que éstas se desarrollan, pero especialmente en vista de la labor del Estado y los organismos que día a día planifican y ponen en práctica la política migratoria a nivel nacional. La importancia de esta política dice relación con la idea de que ella entrega señales a las personas migrantes sobre sus posibilidades de asentamiento e integración en el país receptor, siendo variables como los tiempos de entrega de permisos y los requisitos para acceder a ellos importantes determinantes de las decisiones a nivel individual y familiar. Así, el análisis de los movimientos de los permisos de migración, aun cuando no permite dar cuenta de la población migrante, entrega efectivamente información relevante sobre las tendencias seguidas por esta población, la presente y la que viene. Aún más, en algunos casos las tasas de desempleo pueden ser menos decidoras en los movimientos migratorios cuando la política migratoria logra asegurar los derechos de las personas migrantes en un pie de igualdad con la población nativa.

Dicho esto, este apartado tiene el propósito de entregar, a partir de los datos con los que cuenta el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), una mirada a esas tendencias migratorias en el mediano y corto plazo, basándose en los registros administrativos que son generados a través del proceso de solicitud y otorgamiento de los distintos permisos que éste provee. Estos permisos son otorgados principalmente por el DEM, organismo que atiende los requerimientos de las personas migrantes que llegan a nuestro país, tanto de forma transitoria o con el fin de asentarse de forma permanente. Al ser de nuestro interés describir las tendencias respecto a la migración de mediano y corto plazo, haremos uso para ello fundamentalmente de dos tipos de permisos de residencia, los permisos de Permanencia Definitiva y los Visas de Residencia Temporal.

El primer tipo de permiso corresponde a las Permanencias Definitivas, éstas conciernen a actos administrativos que otorgan a ciudadanos provenientes de distintos países del globo la autorización de residir de forma indefinida en el territorio nacional. Así, este tipo de permiso, provee de información vital que permite vislumbrar las tendencias respecto al asentamiento a mediano plazo de personas migrantes en el país. Esto mediante la intención auto-declarada por los mismos de permanecer en el país a través de la solicitud y otorgamiento de tal acto. No obstante, es importante precisar que se da cuenta de los actos administrativos registrados en el período 2005-2015 y no de las personas que obtuvieron tales permisos, ya que podrían haber recibido estos extranjeros más de un permiso en este período, si es que por alguna razón, que la ley establece, su Permanencia Definitiva hubiese quedado sin efecto.

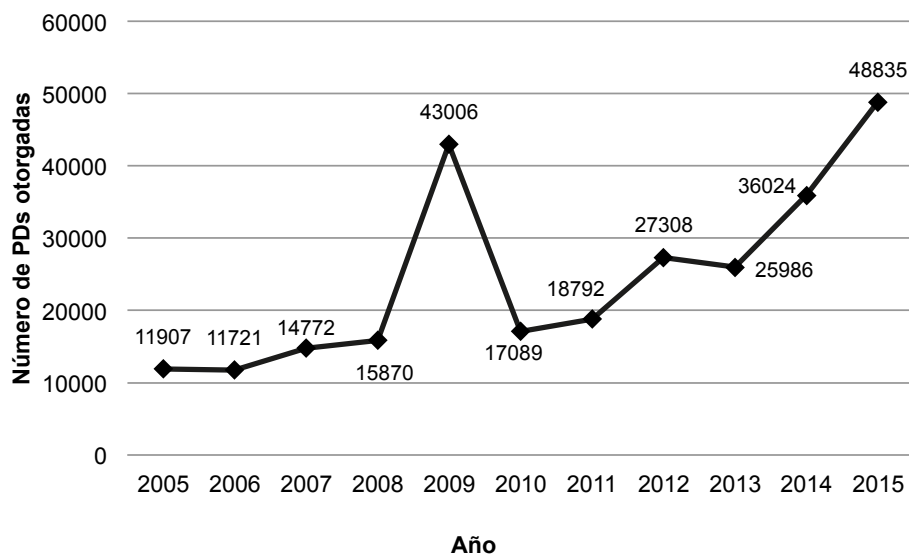
Por otra parte, para caracterizar la migración reciente se cuenta con las Visas de Residencia Temporal, las cuales son permisos que, a diferencia de las Permanencias Definitivas, autorizan la residencia de personas migrantes en el país por un período que normalmente dura entre un año a dos, dependiendo del tipo de visa otorgada. Estas visas permiten la realización de actividades expresamente relacionadas con el permiso particular otorgado. Con el fin de dar cuenta de la migración reciente consideramos en el presente análisis las visas otorgadas en el período 2014-2015, ya que son las más indicadas para explorar esta tendencia. Se selecciona este período porque de considerar años anteriores estos podrían estar contenidos ya en las cifras de los permisos de Permanencia Definitivas, en caso de que se hubieren asentado en el país las personas que obtuvieron visas antes del año 2014. No obstante las limitaciones presentes en los registros de ambos tipos de permisos, ellas no impiden mostrar las tendencias generales que aquí se exponen con cierta confiabilidad y validez. Así, teniendo en cuenta estas limitaciones, a continuación se expone las cifras a partir de estos dos registros llevados a cabo por el DEM, realizando un análisis del perfil sociodemográfico de las personas detrás de los permisos otorgados. Consideraremos en tal análisis las tendencias generales de la población aquí definida, el país de origen de las personas extranjeras, su distribución geográfica en el territorio nacional y variables demográficas, tales como la edad y sexo, y socioeconómicas, como el nivel de estudios y actividad declarada, estableciendo comparaciones con los datos entregados por la CASEN, cuando ello fuera posible.

4.1. Principales tendencias de la migración internacional e intrarregional a mediano y corto plazo en Chile según registros DEM

El fenómeno migratorio según las Permanencias Definitivas, como es considerado a partir de las bases de datos presentadas, muestra un crecimiento constante desde el año 2005 al 2015, pasando de otorgarse un total de 11.907 permisos en el 2005 a 48.835 de estos para el 2015. Así, estas cifras representan un crecimiento promedio de un 26,7% en el período analizado, presentándose los puntos más álgidos durante el año 2009, con un alza de un 171%, seguido del año 2012, con un aumento de un 45,3% respecto al año 2011. En relación al primer punto de inflexión, este se explica en gran parte por el proceso extraordinario de regularización migratoria llevada a cabo el año 2007, que muestra sus efectos para el año 2009. Este cambio en la gestión migratoria permitió a los nacionales extranjeros, que hubieren ingresado a partir de octubre del 2007 y que, entre otros requisitos, no contasen con una visa vigente a la fecha, acceder a regularizar su situación migratoria a través del otorgamiento de un permiso temporal, que al cabo del período de un año les permitiría acceder a la solicitud de un permiso de Permanencia Definitiva. Así, las personas migrantes que solicitaron una visa en Chile bajo tal régimen en el primer año, y que cumplieron con los requisitos para la solicitud exitosa de una Permanencia Definitiva, podrían en gran medida explicar el alza presentada para el año 2009. Ahora bien, respecto a la tendencia presentada en el año 2012, vemos que entre ambos años se entregó 8.516 permisos más que el total para el año 2011 (18.792 permisos).

Figura 10

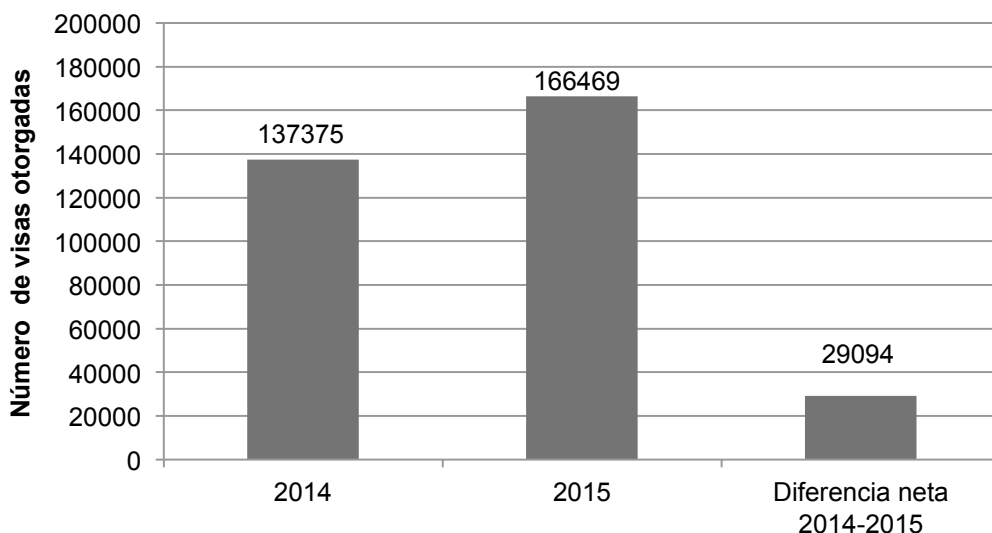
Cantidad de permisos de Permanencia Definitiva otorgada en Chile 2005-2015, según registros del DEM.



En relación al comportamiento de la migración a corto plazo, en base a los datos provenientes de las Visas de Residencia Temporal 2014-2015, podemos observar que los actos administrativos entregados en tal período ascienden a 303.844, donde 137.375 de ellos fueron otorgados el año 2015, representando este número un crecimiento de un 21,2% respecto al año anterior.

Figura 11

Cantidad de Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2014-2015, según registros del DEM.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Respecto a la población migrante con asentamiento más permanente, aquí considerada, es interesante observar cómo en los mismos años que fueron analizados a partir de los datos CASEN se presentan tendencias novedosas a partir de los datos provistos por el DEM. En primer lugar, si bien Perú se mantiene como el colectivo con mayor presencia a nivel nacional, siendo especialmente preponderante para el año 2009, las personas provenientes de Argentina pierden importancia en relación a los datos presentados en la CASEN, posicionándose en su lugar los nacionales bolivianos, siendo seguidos por los extranjeros colombianos. Sin embargo, más allá de la diferencia expuesta para la comunidad de segunda más importancia nivel nacional, se mantienen las jerarquías respecto al resto de los países. Así, es posible observar una propensión a la heterogeneidad que se expresa en una reducción de las diferencias porcentuales entre los países presentados. En otras palabras, aun cuando siguen primando los grupos peruanos, boliviano y colombiano, entre estos tres grupos existen diferencias menos marcadas, y, adicionalmente, encontramos más de 160 países de origen entre los permisos analizados. Es importante tener en cuenta, para este y los siguientes apartados aquí expuestos, que la comparación entre los datos CASEN y DEM se realiza en el espíritu de levantar preguntas sobre las tendencias observadas y no de validar los resultados, ya que la naturaleza de estas dos bases es disímil.

El conglomerado sudamericano muestra un rango de representación que va entre el 75,3% (en el 2005) y el 91% (en el 2009), con un promedio de la población migrante para el período de alrededor del 80% según los permisos de residencia definitiva, siendo éste el grupo más importante a nivel nacional. Así, cabe destacar la presencia de población haitiana entre las comunidades más importantes asentadas en Chile, especialmente por sus diferencias lingüísticas, lo cual impone desafíos en la atención de salud pública. Asimismo, tanto éste como otros grupos entre las comunidades más importantes imponen desafíos distintos en relación a la integración en los servicios de salud, ya sean estos lingüísticos como culturales. Respecto a estos últimos, puede insertarse en el debate de la salud intercultural, dado que las nociones de la medicina en las que se funda la atención en Chile pueden poseer fundamentos distintos a la que puede encontrarse en los países vecinos, en especial en aquellos casos en que la migración va acompañada de un importante componente étnico. Así, si el desafío es reconocer las diferencias culturales y cómo éstas se plasman en los servicios de salud, es importante entonces poder mapear cómo son los sistemas conceptuales y la praxis en este ámbito en los países de origen de las personas que llegan a Chile y cuestionarnos qué cambios son necesarios en orden de incluir aquella diversidad.

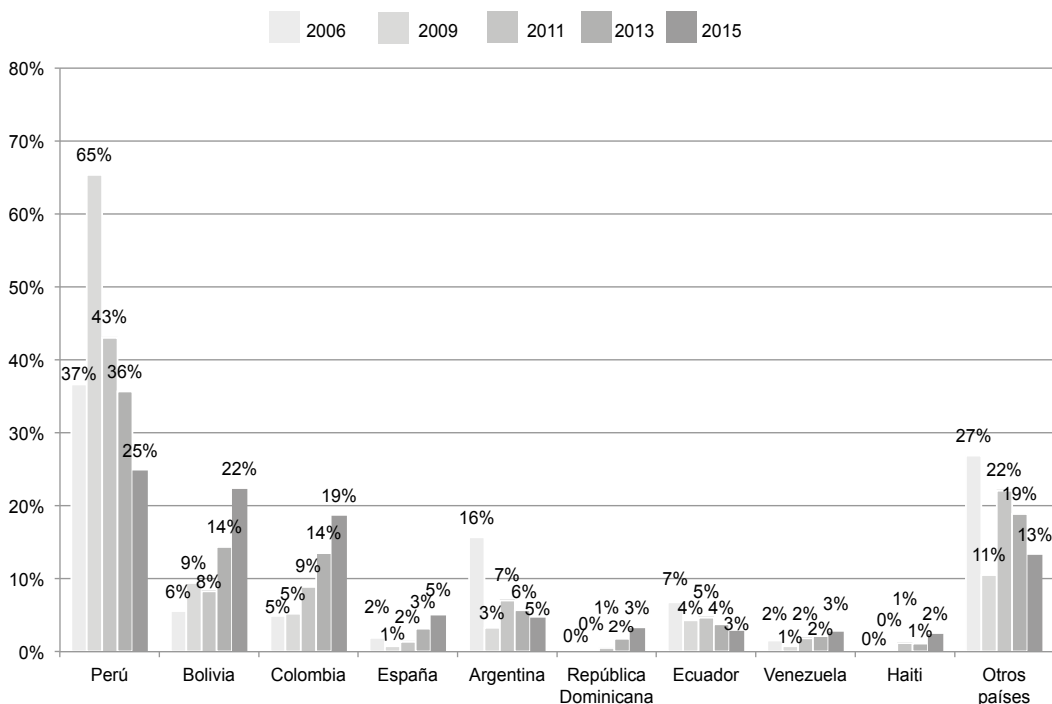
Las tendencias respecto de la migración reciente nos permiten preguntarnos por el futuro de los flujos del colectivo colombiano, sus posibilidades de asentamiento permanente y consolidación como el grupo de segunda mayor relevancia nacional. Asimismo, es interesante la presencia del grupo haitiano en este nivel de análisis y de los originarios de Estados Unidos, los cuales emergen como el cuarto y noveno grupo de mayor importancia relativa respectivamente, marcando una diferencia con la tendencia a mediano plazo y con los datos CASEN. Por sobre todo, cabe mencionar ambos grupos dada la mayor diversidad lingüística que se presenta en ellos. Finalmente, destaca cómo el colectivo venezolano aumenta su peso relativo entre estos permisos en los dos últimos años, ubicándose en la quinta posición según su peso relativo. En suma, no obstante las diferencias observadas a

partir de estas dos diversas bases de datos, es posible respaldar la idea de que estamos frente a una población heterogénea, respecto a la diversidad de países de origen que buscan asentarse en el territorio nacional, tanto a nivel de asentamiento permanente como temporal. Sin embargo, ésta es restringida si consideramos los grupos de países sudamericanos y de Latinoamérica y el Caribe, dada su alta presencia.

Para la gran mayoría de los conglomerados pertenecientes a Sudamérica, dada su relativa homogeneidad lingüística, la integración en el sistema de salud posiblemente presente desafíos distintos a los de conglomerados tales como el haitiano o estadounidense, relacionados estos a las barreras que pudiesen imponer los diferentes idiomas que esta comunidades poseen. En otras palabras, si bien el grupo latinoamericano presenta cierta homogeneidad lingüística y cultural, esto no asegura una inclusión integral a los sistemas de salud y un adecuado acceso a las garantías del Estado en esta materia, ya que pueden existir diversos factores mediando tal acceso, tales como la etnia y las prácticas culturales entorno a salud que les son particulares a la población de cada país. Un ejemplo de ello es la presencia de un importante componente étnico entre la población boliviana donde, acorde a datos de la CASEN 2011, el 46,1% de estas personas se declara ya sea aymará o quechua. Así, si el propósito ha de ser inclusión de las personas migrantes, es decir, el reconocimiento de las personas migrantes como titulares de derechos, en su diversidad y singularidad, es entonces primordial que esta inclusión se desarrolle también en el ámbito de la salud, reconociendo los diversos patrones culturales, étnicos y lingüísticos que los grupos migrantes presentan, con el fin de entregar prestaciones de salud que aseguren de forma efectiva el derecho a la salud de estas personas y con estándares de calidad que no difieran de aquellos entregados a los nacionales chilenos, evitando prácticas discriminatorias.

Figura 12

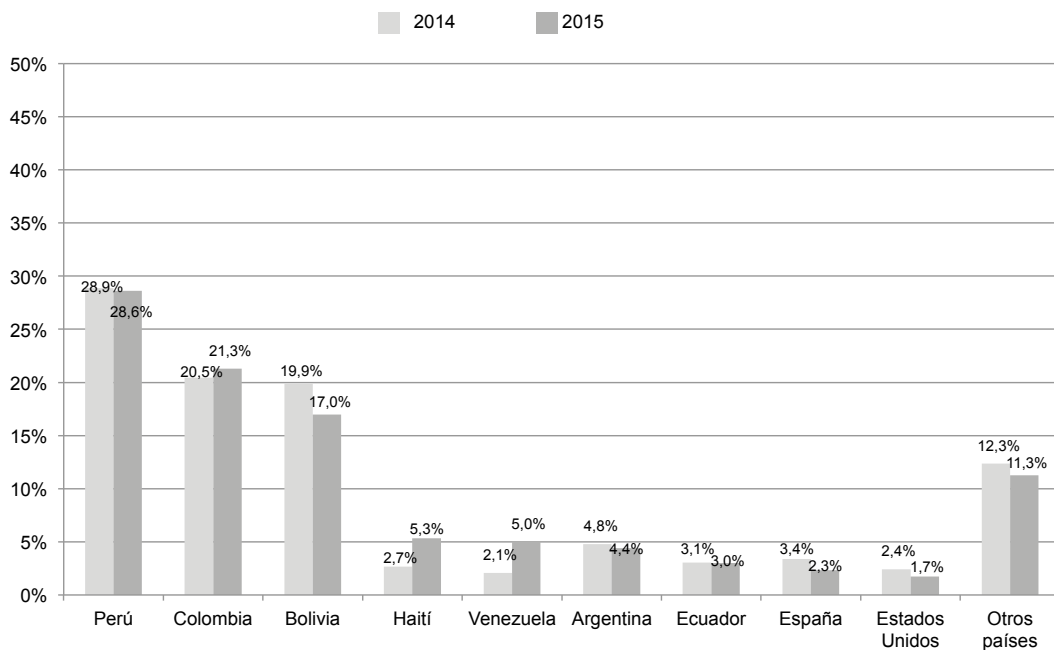
Proporción de permisos de Permanencia Definitiva otorgadas en Chile 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015, por país de origen, según registros del DEM.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Figura 13

Proporción de Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2014-2015, por país de origen, según registros del DEM.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública

4.2. Distribución geográfica y caracterización demográfica de la población migrante a mediano y corto plazo según registros DEM

133

La distribución de los permisos de residencia permanente y temporal en las distintas regiones del país no es homogénea, existiendo una importante concentración en la Región Metropolitana para los años considerados (2006, 2009, 2011, 2013 y 2015). Sin embargo, esta región muestra un retroceso en su peso relativo en el período 2006-2015, siendo la diferencia entre el primer y último año de 13 puntos porcentuales. Por contraparte, respecto a los mismos años, la Región de Antofagasta aumenta en 14 puntos porcentuales, siguiendo la misma dirección pero en menor escala las regiones al norte de la Región de Valparaíso. Todas estas regiones muestran un aumento relativo entre el año 2006 y 2015, siendo el mayor el que se presenta en la región de Antofagasta, la cual pasa de haber otorgado 632 permisos en el 2006, a 9.460 en el 2015.

De forma coincidente con los movimientos recientes, representados por las Visas de Residencia Temporal, la Región Metropolitana continúa siendo la principal zona de asentamiento migrante, pudiendo proyectarse un escenario inmutable, al menos respecto a la importancia de esta zona, así como en las siguientes (Antofagasta y Tarapacá).

En relación al sexo de las personas a quienes se les otorgó permisos de Permanencia Definitiva, podemos observar que, al considerar el total de permisos otorgados en el período 2005-2015 la mayor parte de ellos son pertenecientes a mujeres, alcanzando un 54% del total. Asimismo, el índice de masculinidad para el año 2015, calculado en este caso sólo con los permisos definitivos, ya que se aproximan de forma más confiable al número de personas en comparación con las visas, es de aproximadamente 87, es decir, cada 100 mujeres encontramos 87 hombres. Este índice muestra su valor más bajo en los años 2005 y 2006, registrándose alrededor de 81 hombres por cada 100 mujeres. Por contraparte, el valor más alto se presenta el año 2009, donde cada 100 mujeres había alrededor de 91 hombres. No obstante, si miramos este índice en el tiempo podemos observar un leve aumento, pudiendo establecerse una tendencia a una distribución aún más equitativa entre ambos. Entonces, en concordancia con los datos CASEN, la población analizada se encuentra levemente feminizada, con un 54% y un 49% de mujeres tanto en las Permanencias Definitivas como en las Visas de Residencia Temporal, para el periodo analizado. Esta tendencia se mantiene con relativa regularidad a lo largo de todos los años en el tramo observado, (variaciones son cercanas al 1 punto porcentual, siendo improbablemente significativas).

Tabla 6

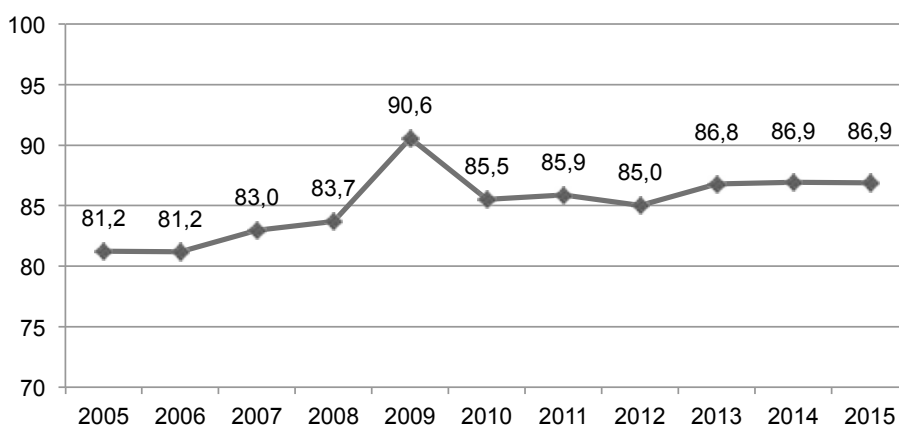
Cantidad y proporción de permisos de Permanencia Definitiva y Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015, por región de asentamiento, según registros del DEM.

	Permanencias Definitivas otorgadas					Visas de Residencia Temporal otorgadas	
	2006	2009	2011	2013	2015	2014	2015
Arica y Parinacota	298 (2,54%)	1794 (4,17%)	687 (3,66%)	815 (3,14%)	1568 (3,21%)	3332 (2,43%)	3258 (1,96%)
Tarapacá	725 (6,19%)	4512 (10,49%)	1491 (7,93%)	2031 (7,82%)	3683 (7,54%)	9941 (7,24%)	9688 (5,82%)
Antofagasta	632 (5,39%)	3634 (8,45%)	1747 (9,30%)	3463 (13,33%)	9460 (19,37%)	20113 (14,64%)	26627 (16,00%)
Atacama	87 (0,74%)	445 (1,03%)	238 (1,27%)	481 (1,85%)	1279 (2,62%)	4128 (3,00%)	4048 (2,43%)
Coquimbo	164 (1,40%)	498 (1,16%)	337 (1,79%)	468 (1,80%)	935 (1,91%)	3122 (2,27%)	3247 (1,95%)
Valparaíso	621 (5,30%)	991 (2,30%)	688 (3,66%)	807 (3,11%)	1547 (3,17%)	5593 (4,07%)	6479 (3,89%)
Metropolitana	8111 (69,20%)	29337 (68,22%)	12200 (64,92%)	16266 (62,60%)	27246 (55,79%)	81449 (59,29%)	102537 (61,60%)
Libertador Bernardo O'Higgins	173 (1,48%)	332 (0,77%)	213 (1,13%)	284 (1,09%)	533 (1,09%)	1439 (1,05%)	1928 (1,16%)
Maule	133 (1,13%)	202 (0,47%)	178 (0,95%)	212 (0,82%)	538 (1,10%)	1415 (1,03%)	1599 (0,96%)
Biobío	279 (2,38%)	555 (1,29%)	366 (1,95%)	492 (1,89%)	783 (1,60%)	2495 (1,82%)	2558 (1,54%)
La Araucanía	158 (1,35%)	206 (0,48%)	150 (0,80%)	155 (0,60%)	311 (0,64%)	867 (0,63%)	1000 (0,60%)
Los Ríos	70 (0,60%)	64 (0,15%)	97 (0,52%)	69 (0,27%)	133 (0,27%)	444 (0,32%)	517 (0,31%)
Los Lagos	181 (1,54%)	281 (0,65%)	223 (1,19%)	228 (0,88%)	387 (0,79%)	1326 (0,97%)	1376 (0,83%)
Aisén	38 (0,32%)	47 (0,11%)	41 (0,22%)	49 (0,19%)	87 (0,18%)	337 (0,25%)	283 (0,17%)
Magallanes	50 (0,43%)	108 (0,25%)	136 (0,72%)	166 (0,64%)	345 (0,71%)	1374 (1,00%)	1324 (0,80%)
Sin información	1 (0,01%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
TOTAL	11721 (100%)	43006 (100%)	18792 (100%)	25986 (100%)	48835 (100%)	137375 (100%)	166469 (100%)

Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Figura 14

Índice de masculinidad a partir de permisos de Permanencia Definitiva otorgados en Chile 2005-2015, según registros del DEM.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

No obstante, esta población femenina no se distribuye de forma homogénea en los distintos colectivos, tanto para los permisos definitivos como temporales. De esta forma, podemos observar en los flujos de mediano plazo que la gran mayoría de los colectivos presentan una proporción mayor de mujeres en relación a los hombres, siendo esta tendencia más acentuada para el grupo de nacionales originarios de República Dominicana. Sin embargo, esta tendencia se revierte para las comunidades española, argentina, haitiana y china.

Tabla 7

Cantidad y proporción de permisos de Permanencia Definitiva otorgadas en Chile 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015, por país de origen y sexo, según registros del DEM.

	Permanencias Definitivas otorgadas									
	2006		2009		2011		2013		2015	
Perú										
Mujer	2644	(61,6%)	14902	(53,0%)	4660	(57,5%)	5079	(54,8%)	6353	(52,4%)
Hombre	1651	(38,4%)	13205	(47,0%)	3446	(42,5%)	4184	(45,2%)	5782	(47,6%)
Total	4295	(100%)	28107	(100%)	8106	(100%)	9263	(100%)	12135	(100%)
Bolivia										
Mujer	378	(58,2%)	2148	(53,1%)	851	(53,9%)	2013	(53,9%)	6103	(56,0%)
Hombre	272	(41,8%)	1901	(46,9%)	727	(46,1%)	1723	(46,1%)	4788	(44,0%)
Total	650	(100%)	4049	(100%)	1578	(100%)	3736	(100%)	10891	(100%)
Colombia										
Mujer	352	(61,2%)	1349	(60,3%)	988	(58,3%)	2108	(60,1%)	5316	(58,5%)
Hombre	223	(38,8%)	888	(39,7%)	706	(41,7%)	1402	(39,9%)	3777	(41,5%)
Total	575	(100%)	2237	(100%)	1694	(100%)	3510	(100%)	9093	(100%)
España										
Mujer	100	(45,5%)	139	(42,8%)	112	(39,7%)	321	(39,1%)	1015	(41,7%)
Hombre	120	(54,5%)	186	(57,2%)	170	(60,3%)	499	(60,9%)	1418	(58,3%)
Total	220	(100%)	325	(100%)	282	(100%)	820	(100%)	2433	(100%)
Argentina										
Mujer	909	(49,5%)	701	(49,4%)	641	(47,9%)	689	(46,6%)	1050	(46,3%)

Hombre	927	(50,5%)	719	(50,6%)	697	(52,1%)	790	(53,4%)	1218	(53,7%)
Total	1836	(100%)	1420	(100%)	1338	(100%)	1479	(100%)	2268	(100%)
República Dominicana										
Mujer	12	(63,2%)	76	(63,9%)	75	(63,6%)	341	(74,3%)	1087	(68,5%)
Hombre	7	(36,8%)	43	(36,1%)	43	(36,4%)	118	(25,7%)	500	(31,5%)
Total	19	(100%)	119	(100%)	118	(100%)	459	(100%)	1587	(100%)
Ecuador										
Mujer	463	(58,4%)	975	(52,7%)	496	(55,1%)	536	(55,2%)	756	(53,9%)
Hombre	330	(41,6%)	874	(47,3%)	404	(44,9%)	435	(44,8%)	646	(46,1%)
Total	793	(100%)	1849	(100%)	900	(100%)	971	(100%)	1402	(100%)
Venezuela										
Mujer	102	(57,3%)	189	(57,6%)	206	(56,1%)	317	(57,4%)	731	(54,2%)
Hombre	76	(42,7%)	139	(42,4%)	161	(43,9%)	235	(42,6%)	618	(45,8%)
Total	178	(100%)	328	(100%)	367	(100%)	552	(100%)	1349	(100%)
Haití										
Mujer	0	(0,0%)	13	(23,2%)	66	(27,7%)	117	(40,2%)	525	(44,4%)
Hombre	1	(100,0%)	43	(76,8%)	172	(72,3%)	174	(59,8%)	658	(55,6%)
Total	1	(100%)	56	(100%)	238	(100%)	291	(100%)	1183	(100%)
China										
Mujer	177	(45,0%)	265	(40,9%)	266	(40,0%)	335	(41,1%)	387	(46,0%)
Hombre	216	(55,0%)	383	(59,1%)	399	(60,0%)	480	(58,9%)	455	(54,0%)
Total	393	(100%)	648	(100%)	665	(100%)	815	(100%)	842	(100%)

Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Entre las Visas de Residencia Temporal vemos que la tendencia a la feminización se revierte, estando la mayor parte de las comunidades compuesta principalmente por hombres, a excepción de los nacionales de Bolivia y Colombia. Entre las comunidades que presentan una tendencia a la masculinización de sus flujos recientes, destaca la población haitiana, española y china, con alrededor de un 64% en todas ellas.

Tabla 8

Cantidad y proporción de permisos de Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015, por país de origen y sexo, según registros del DEM.

	Visas de Residencia Temporal			
	2014		2015	
Perú				
Mujer	19491	(49,1%)	23214	(48,7%)
Hombre	20168	(50,9%)	24419	(51,3%)
Total	39659	(100%)	47633	(100%)
Colombia				
Mujer	15014	(53,4%)	18801	(53,0%)
Hombre	13084	(46,6%)	16644	(47,0%)
Total	28098	(100%)	35445	(100%)
Bolivia				
Mujer	14625	(53,5%)	15318	(54,3%)
Hombre	12731	(46,5%)	12917	(45,7%)
Total	27356	(100%)	28235	(100%)

Haití				
Mujer	1327	(36,4%)	2768	(31,1%)
Hombre	2317	(63,6%)	6120	(68,9%)
Total	3644	(100%)	8888	(100%)
Venezuela				
Mujer	1435	(50,0%)	4135	(49,3%)
Hombre	1437	(50,0%)	4246	(50,7%)
Total	2872	(100%)	8381	(100%)
Argentina				
Mujer	2607	(39,5%)	2926	(39,8%)
Hombre	3991	(60,5%)	4432	(60,2%)
Total	6598	(100%)	7358	(100%)
Ecuador				
Mujer	2052	(48,8%)	2369	(47,6%)
Hombre	2154	(51,2%)	2603	(52,4%)
Total	4206	(100%)	4972	(100%)
España				
Mujer	1659	(35,7%)	1368	(35,2%)
Hombre	2988	(64,3%)	2518	(64,8%)
Total	4647	(100%)	3886	(100%)
Estados Unidos				
Mujer	1376	(41,2%)	1183	(40,7%)
Hombre	1961	(58,8%)	1726	(59,3%)
Total	3337	(100%)	2909	(100%)
China				
Mujer	798	(36,0%)	1017	(37,1%)
Hombre	1416	(64,0%)	1724	(62,9%)
Total	2214	(100%)	2741	(100%)

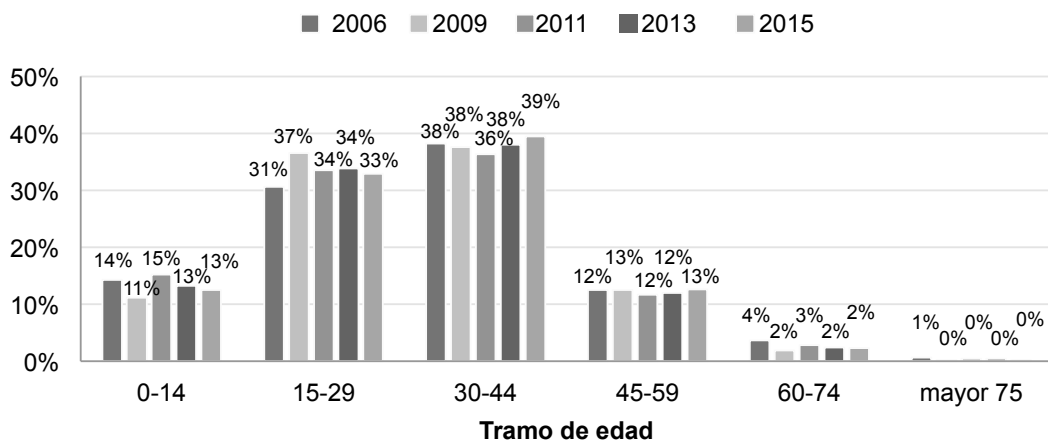
Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En relación al análisis por edad es importante establecer que esta variable corresponde a la edad del solicitante al 31 de diciembre del año correspondiente al otorgamiento del acto administrativo correspondiente, por ende no hace referencia a la edad actual del solicitante sino al momento de solicitar el permiso. La edad media que se observa para el período considerado es de 31 años de edad, para el caso de la migración de mediano plazo. Este valor no varía de forma significativa entre los años 2006, 2009, 2011 y 2013, siendo de 31,6, 31, 30,4, 30,8 y 31,2 años respectivamente. Para el caso de la migración reciente podemos ver una leve disminución en la edad media, siendo ésta de 30,3 años, no existiendo variaciones entre los años 2014 y 2015. Vemos que, para el primer análisis, el tramo de edad donde se concentraron los permisos de residencia definitiva corresponde a aquel que va entre los 30 y 44 años de edad, seguido por el tramo anterior (15 a 29 años), esto confirma el carácter laboral del asentamiento extranjero en Chile.

Por otra parte, y en concordancia con la disminución de la edad media entre las Visas de Residencia Temporal, vemos que el tramo que va desde los 15 a los 29 años de edad se posiciona como el de más importancia en la migración reciente. Esta tendencia hacia una población más joven es importante por las potenciales implicancias que tendría en las tasas de natalidad y, por ende, en la renovación demográfica, en el contexto chileno donde hemos transitado hacia el envejecimiento de la población nacional.

Figura 15

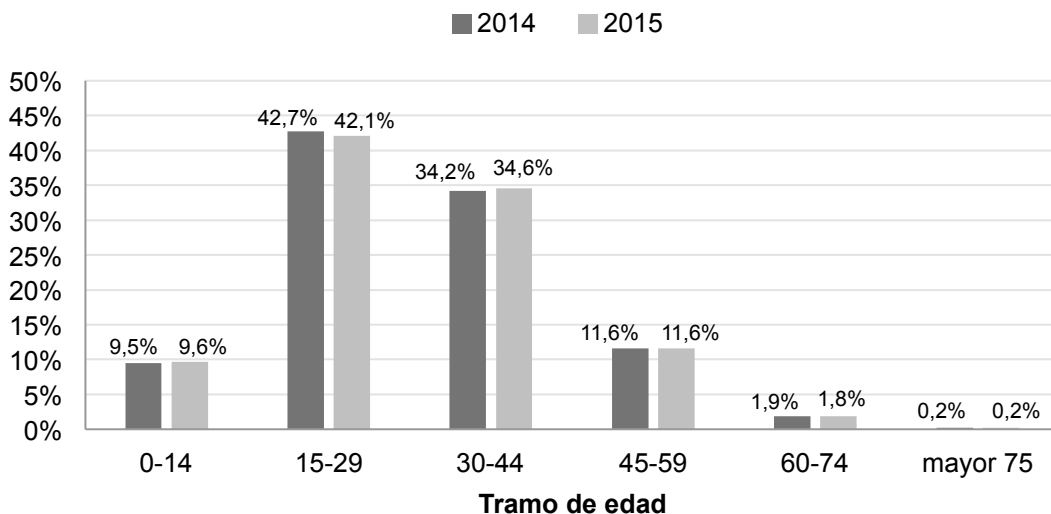
Proporción de permisos de Permanencia Definitiva otorgadas en Chile 2006, 2009, 2011, 2013 y 2015, por tramo de edad, según registros DEM.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Figura 16

Proporción de Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2014-2015, por tramo de edad, según registros DEM.



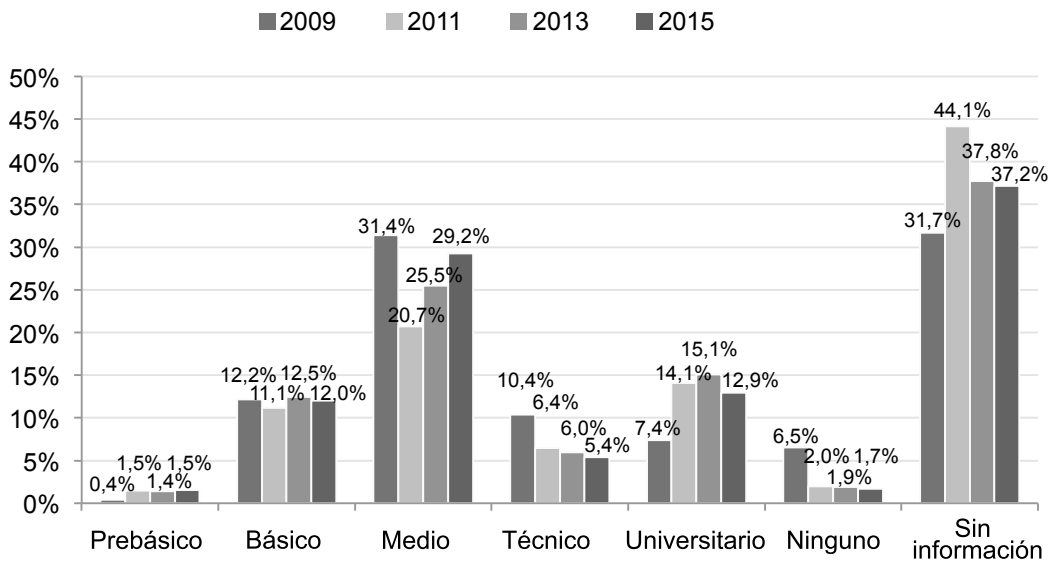
Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública

4.3. Perfil socioeconómico de la población migrante a mediano y largo plazo según registros DEM

En relación a los estudios alcanzados entre las personas extranjeras a quienes se les otorgo permisos entre el año 2005 y 2015, podemos ver en la tendencia para los flujos según Permanencias Definitivas que éstas poseen principalmente estudios medios, seguidas luego, para el año 2015, por estudios universitario y básicos, presentándose luego la misma tendencia para las Visas de Residencia Temporal.

Figura 17

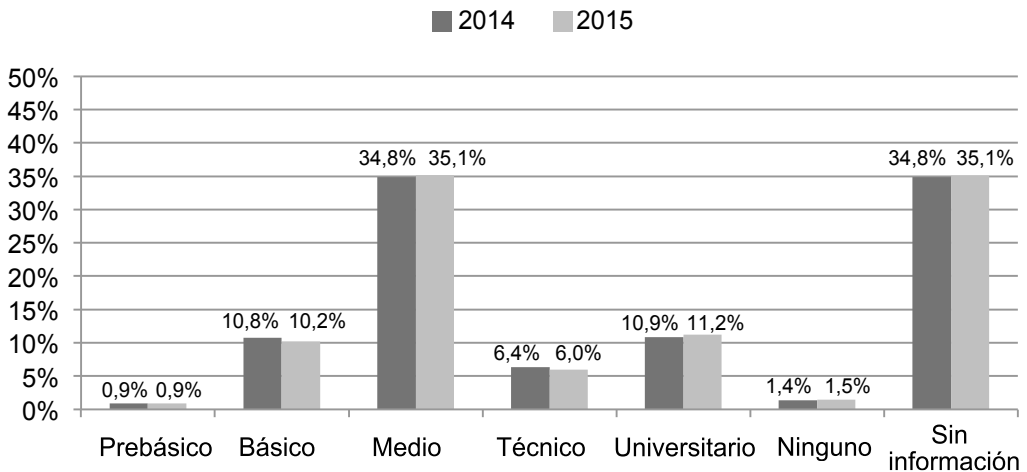
Proporción de permisos de Permanencia Definitiva otorgadas en Chile 2009, 2011, 2013 y 2015, por estudios declarados, según registros DEM*.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. *No se incluye el año 2006 por el alto número de observaciones sin información.

Figura 18

Proporción de Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2014-2015, por estudios declarados, según registros DEM.



Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En relación al comportamiento de los permisos según actividad declarada de las personas a quienes estos les fueron otorgados, es posible apreciar que en la mayor parte de ellas se declara estar empleado, seguido por la categoría de estudiante y empleado doméstico. La misma tendencia se observa en las visa, presentándose diferencias entre estos dos tipos de permisos al considerar las dueñas de casa, donde en las Permanencias Definitivas alcanza un 1,4%, en cambio en las visas es sólo de un 4,7%

Tabla 9

Cantidad y proporción de permisos de Permanencia Definitiva otorgadas en Chile 2009, 2011, 2013 y 2015, por actividad declarada, según registros DEM.

	Número de permisos de Permanencias Definitivas otorgadas									
	2006		2009		2011		2013		2015	
Dueña de casa	1746	(14,9%)	3986	(9,3%)	1819	(9,7%)	2504	(9,6%)	4146	(8,5%)
Empleado	3804	(32,5%)	15102	(35,1%)	6964	(37,1%)	11600	(44,6%)	26370	(54,0%)
Empleado doméstico	1325	(11,3%)	8172	(19,0%)	2178	(11,6%)	2700	(10,4%)	4175	(8,5%)
Empresario o patrón	334	(2,8%)	770	(1,8%)	402	(2,1%)	643	(2,5%)	526	(1,1%)
Estudiante	1872	(16,0%)	5108	(11,9%)	2903	(15,4%)	3846	(14,8%)	7755	(15,9%)
Inactivo	828	(7,1%)	2091	(4,9%)	2168	(11,5%)	1737	(6,7%)	1563	(3,2%)
Jubilado o pensionado	186	(1,6%)	227	(0,5%)	199	(1,1%)	200	(0,8%)	264	(0,5%)
No informa	241	(2,1%)	440	(1,0%)	146	(0,8%)	216	(0,8%)	475	(1,0%)
Obrero o jornalero	265	(2,3%)	3814	(8,9%)	530	(2,8%)	730	(2,8%)	1236	(2,5%)
Otras actividades	411	(3,5%)	693	(1,6%)	349	(1,9%)	537	(2,1%)	767	(1,6%)
Religioso	305	(2,6%)	298	(0,7%)	286	(1,5%)	268	(1,0%)	292	(0,6%)
Rentista	25	(0,2%)	29	(0,1%)	20	(0,1%)	27	(0,1%)	64	(0,1%)
Sin actividad	6	(0,1%)	5	(0,0%)	1	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Trabajador por cuenta propia	368	(3,1%)	2267	(5,3%)	820	(4,4%)	965	(3,7%)	1184	(2,4%)
Tripulante	5	(0,0%)	4	(0,0%)	7	(0,0%)	13	(0,1%)	18	(0,0%)
Total	11721	100%	43006	(100%)	18792	(100%)	25986	(100%)	48835	(100%)

140

Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Tabla 10

Cantidad y proporción de Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile 2014-2015, por actividad declarada, según registros DEM.

Actividad	Cantidad de Visas de Residencia Temporal otorgadas				Total de Visas de Residencia Temporal otorgadas 2014 a 2015*	
	2014		2015			
Dueña de casa	6786	(4,9%)	7412	(4,5%)	14198	(4,7%)
Empleado	77012	(56,1%)	95375	(57,3%)	172387	(56,7%)
Empleado doméstico	14087	(10,3%)	16114	(9,7%)	30201	(9,9%)
Empresario o patrón	1889	(1,4%)	2120	(1,3%)	4009	(1,3%)
Estudiante	16469	(12,0%)	18951	(11,4%)	35420	(11,7%)
Inactivo	4709	(3,4%)	6090	(3,7%)	10799	(3,6%)
Jubilado o pensionado	414	(0,3%)	428	(0,3%)	842	(0,3%)
No informa	1193	(0,9%)	2723	(1,6%)	3916	(1,3%)
Obrero o jornalero	3905	(2,8%)	5544	(3,3%)	9449	(3,1%)
Otras actividades	5291	(3,9%)	6399	(3,8%)	11690	(3,8%)
Religioso	3093	(2,3%)	2823	(1,7%)	5916	(1,9%)
Rentista	115	(0,1%)	87	(0,1%)	202	(0,1%)
Sin actividad	1	(0,0%)	5	(0,0%)	6	(0,0%)
Trabajador por cuenta propia	2261	(1,6%)	2091	(1,3%)	4352	(1,4%)

Tripulación	150	(0,1%)	307	(0,2%)	457	(0,2%)
Total	137375	(100%)	166469	(100%)	303844	(100%)

Fuente: Elaboración a partir de los registros administrativos del Departamento de Extranjería y Migración, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

5. Conclusiones

La migración internacional en Chile presenta en la actualidad una de las tasas más altas de su historia y es posible suponer que se mantendrán o aumentarán en las próximas décadas. Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar de la población migrante internacional. El propósito de este capítulo fue describir el perfil demográfico y socioeconómico de la población migrante internacional en Chile, y compararla con la población local que reporta haber nacido en Chile. Para ello, este capítulo utilizó dos fuentes principales de información de base poblacional: primero, la encuesta de caracterización social nacional CASEN de los años 2009, 2011 y 2013; y segundo, la información de otorgamientos de permisos de Permanencia Definitiva y Visas de Residencia Temporal con los que cuenta el Departamento de Extranjería y Migración (DEM). Estas dos fuentes son sin duda complementarias, la primera reúne a una muestra representativa de hogares de Chile en donde se encuentra incluida la población migrante, mientras que la segunda da cuenta de los actos administrativos (una persona puede tener más un acto de esta clase) referidos a la solicitud de Visas de Residencia Temporal y permisos de Permanencia Definitiva.

5.1. Procedencia de los migrantes

Existe un amplio abanico de países que ha migrado a Chile, según datos del DEM hay más de 160 países en los registros de Visas de Residencia Temporal y permisos de Permanencia Definitiva. Esto apoya los datos de la encuesta CASEN. En esta última figuran como más relevantes los grupos provenientes de Argentina y Perú, sin embargo hay otros grupos en alza como la población colombiana. Al analizar los datos sobre Permanencias Definitivas aparece nuevamente el grupo de población peruana como el de más relevancia a nivel nacional y le siguen bolivianos y colombianos. Esto cambia ligeramente al examinar la solicitud de Visas de Residencia Temporal en donde surgen otros grupos como haitianos y venezolanos. Así, cada vez más, a nuestro país están llegando personas con un trasfondo cultural más diverso como lo son haitianos o chinos, estos últimos representan cerca de un 2% a 3% de las Permanencias Definitivas. De esta manera Chile se transforma progresivamente en un país más multicultural en donde, si bien los patrones migratorios están fuertemente dominados por los países fronterizos, han crecido regiones del caribe y países asiáticos. A esto último se suma el componente indígena de la migración como ocurre, por ejemplo, con el colectivo del Estado Plurinacional de Bolivia.

141

5.2. Características demográficas

En los datos de CASEN se aprecia que la población migrante es predominantemente joven con un promedio de edad cercano a los 30 años. Así también se evidencia que el índice de masculinidad ha caído en las diferentes mediciones de la encuesta, lo que se refleja por ejemplo en el crecimiento de la población femenina entre 2009 y 2011 (cerca al 14%). Pese a esto último es necesario considerar las tendencias de género de los colectivos individuales, ya que éstas varían de manera importante, por ejemplo dentro de la población haitiana destaca el gran número de hombres versus mujeres. Estos datos dan cuenta de una población joven en edad laboral y en general ligeramente feminizada, lo que se contraponen a la tendencia nacional de envejecimiento poblacional por la que Chile atraviesa. A su vez esto impone a nuestro país preocuparse activamente por este segmento y mejorar por ejemplo el cumplimiento de las garantías en temas como embarazo y parto.

5.3. Posición Social de la población migrante

Para lograr una mejor caracterización de la población migrante respecto de su posición social es importante considerar el ingreso de sus hogares, nivel educacional, trabajo y condiciones materiales de vivienda. La brecha de desigualdad de ingreso al interior de la población migrante es más acentuada que al interior de la población chilena. Esto se apoya en datos de CASEN que muestran que el 50% de los migrantes se ubican en los quintiles de ingreso IV y V en comparación a la población nacional que se concentra en los quintiles I y II. Sin embargo la población migrante exhibe una mayor proporción de pobreza multidimensional que los chilenos. Los datos muestran que la población migrante tiene, en su mayoría, un nivel de educación media o universitaria, a diferencia de la chilena en donde es más bien media o básica. Estos datos son concordantes con los registros del DEM en donde los solicitantes de permisos de Permanencia Definitiva o Visa de Residencia Temporal también se concentran los tramos de educación media o superior.

Respecto de la situación laboral, destaca que en todas las mediciones de CASEN la fuerza laboral integrada por la población migrante, proporcionalmente, es mayor que la de la población chilena y ha mostrado un incremento sostenido en el tiempo. Esto da cuenta de que la fuerza laboral se ha integrado de mejor manera al sistema chileno, al menos en el ámbito de la empleabilidad. Esto último es concordante con el tipo de contrato declarado por los

migrantes en CASEN en donde la mayoría señala tener contrato indefinido de trabajo, trabajar jornada completa y realizar sus actividades de manera diurna; todas estas cifras son muy similares a lo que sucede con la población chilena. No obstante, ignora la condición de personas en situación irregular.

Al igual que los chilenos la gran mayoría de los migrantes habitan viviendas de calidad aceptable, que cuentan con adecuada construcción y sistemas sanitarios. Sin embargo, una diferencia importante son las condiciones de hacinamiento en donde cerca del 10% del grupo migrante se encuentra en condiciones críticas, es decir con 5 o más personas por dormitorio, esto contrasta con el 1% de lo chileno que se encuentran en dicha situación.

5.4. Situación de la población infantil

En el grupo de población infantil destaca que se integra fundamentalmente por niños entre 7 y 14 años, en este tramo de edad la proporción de niñas supera a la de niños. En relación a la situación escolar al igual que la población nacional va incrementando hacia los tramos de edad más altos. Sin embargo, destaca que existe una mayor proporción de población infantil migrante que asiste a algún establecimiento educacional entre 1 a 6 años en comparación con chilenos, lo contrario sucede entre 15 y 18 años. Al explorar las razones para no permanecer en el sistema escolar en este último grupo resalta principalmente su integración al sistema laboral a diferencia de los chilenos. Respecto de la situación socioeconómica de este grupo surgen diferencias importantes con los chilenos en lo referente a pobreza multidimensional en donde los niños y jóvenes entre 1 y 18 doblan a la población local en casi todos los tramos de edad, y están muy por sobre que el indicador agregado para todo el grupo de migrantes.

A partir de la información expuesta es posible señalar que la población migrante en Chile es un grupo heterogéneo tanto por la gran variedad de países presentes como por las diferencias socioeconómicas al interior de este grupo. Los datos expuestos dan cuenta de que este colectivo, si bien está integrado predominantemente por personas provenientes de países fronterizos, existe un incremento importante de migrantes provenientes del Caribe y otros países culturalmente distintos (ej: Haití o China). Además destaca por ser una población joven en edad laboral ligeramente feminizada y con niveles de educación más altos que la población nacional. Finalmente existe un grupo especialmente vulnerable de niños en donde se aprecia una proporción de pobreza mayor que en la población general.

6. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Existe la necesidad de incorporar una atención de salud con un enfoque multicultural, dado la diversidad en los patrones de migración actuales en nuestro país:

- En los últimos años se ha incrementado exponencialmente el número de migrantes en Chile.
- Existe incremento sostenido de migración proveniente de países fronterizos pero también desde otras regiones es el caso de Colombia, Haití o China.
- Muchos de los migrantes internacionales en Chile provienen de países con una fuerte influencia indígena como por ejemplo aquellos que provienen del Estado Plurinacional de Bolivia.

Se identifica la necesidad de contar con estrategias de salud destinadas al grupo de migrantes que en su mayoría son jóvenes en edad productiva:

- Existe una feminización del proceso migratorio con índices de masculinidad cercanos a 0,8, esto no sucede en todos los colectivos ya por ejemplo la población haitiana es mayoritariamente masculina.
- La edad media de la población migrante es 30 años por lo que es necesario orientar estrategias específicas a este grupo.

Existe la necesidad de mejorar las condiciones de vida la población migrante especialmente de aquellos que se encuentran en situación de pobreza:

- Hay una marcada desigualdad en la población migrante.
- Según CASEN 2011 la tasa de pobreza multidimensional en migrantes es 8% más alta que para chilenos y según la medición 2013 esta cifra es 5%.
- La proporción de migrantes en condición de hacinamiento crítico llega al 10% de este colectivo en comparación al 1% de los chilenos.

Surge la necesidad de contar con información detallada sobre los diferentes colectivos migrantes presentes en Chile:

- En este contexto se sugiere levantar información sobre las diferencias y preferencias de inserción social de los diferentes colectivos.
- Contar con datos de situación de salud por colectivos.

Existe la necesidad de atender e incrementar la evidencia referente a las condiciones de vida de los niños y jóvenes migrantes:

- Entre los 15 y 18 los jóvenes migrantes dejan el sistema escolar para integrarse al sistema laboral. Así el 19% de este grupo no asiste a ningún establecimiento educacional.

- La proporción de niños migrantes entre 1 y 18 años que pertenece a hogares multidimensionalmente pobres prácticamente dobla a la población chilena en el mismo tramo de edad.

Existe la necesidad de atender especialmente a las regiones del país en donde la población migrante ha crecido más aceleradamente:

- La mayor cantidad de migrantes en Chile se concentra en la Región Metropolitana y equivale a 3,4 % de la población.
- En los últimos años se ha incrementado exponencialmente la población migrante en las regiones de Antofagasta, Atacama, Coquimbo y Valparaíso, alcanzando cifras de crecimiento de hasta 165%.

Surge la necesidad de tener mayor información sobre el paradero definitivo de los migrantes que llegan a nuestro país:

- Actualmente muchos de los migrantes que llegan a nuestro país obtienen sus visas en grandes ciudades como es el caso de Santiago, ya que es el primer lugar al que arriban y dejan constancia de ese lugar cuando hacen la solicitud de visa, aunque cambien de región de residencia con posterioridad. Adicionalmente al momento de la solicitud de la permanencia definitiva los extranjeros registran su domicilio. Sin embargo, no queda constancia de los cambios posteriores de lugar de residencia, una vez que se ha obtenido el permiso de permanencia definitiva.

Un desafío que debemos enfrentar como país es poder establecer de manera efectiva los lugares de residencia de los extranjeros, pues eso es una información de gran relevancia para la toma de decisiones en la política pública y para la planificación de programas en las regiones. En la actualidad los extranjeros registran sus domicilios al momento de solicitar o renovar un permiso, ya sea de residencia temporal o definitiva. Sin embargo, no están obligados a informar cambios de domicilio, por lo que el sistema solamente registra los domicilios al momento de la solicitud. Es sabido que los inmigrantes, sobre todo en su primera fase de inserción, tienden a tener una alta movilidad y eso no se ve reflejado en los datos del departamento de extranjería. Sería interesante pensar en algún tipo de registro municipal con respecto a migrantes residentes para poder establecer con mayor precisión la localidad. A lo anterior se suma el desconocimiento sobre situaciones como la migración circular, es decir, del flujo habitual de migrantes entre ciudades fronterizas.

Tabla 11

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	Existe la necesidad de incorporar una atención de salud con un enfoque multicultural, dado la diversidad en los patrones de migración actuales en nuestro país. Se identifica la necesidad de contar con estrategias de salud destinadas al grupo de migrantes que en su mayoría son jóvenes en edad productiva	Incorporar un enfoque de competencias culturales en las atenciones de salud a lo largo de todos los niveles del sistema de salud. Esto implica que en cada atención de salud se considere el trasfondo cultural de las personas con sus diferencias y necesidades particulares. Lo anterior hace imprescindible incorporar este enfoque tanto en el currículum de los centros formadores, como en las capacitaciones del personal que ya se encuentra en ejercicio. Es necesario difundir los programas de salud existentes a lo que la población migrante tiene acceso así como también de incorporar estrategias destinadas a la población joven en edad productiva más allá de un enfoque reproductivo. Dado lo emergente de los colectivos más masculinizados por ejemplo Haití, se hace necesario incorporar estrategias de salud con enfoque de género para este grupo.
Dimensión: Comunidad	Existe la necesidad de atender especialmente a las regiones del país en donde la población migrante ha crecido más aceleradamente.	Hoy existe un crecimiento exponencial de migrantes en algunas regiones del país como Antofagasta o Atacama, lo que sugiere la necesidad de intensificar la incorporación de las estrategias mencionadas con especial foco en estos lugares (estrategias multiculturales). Se deben considerar, además de la cantidad de migrantes regionales, la representación de los diferentes colectivos en las regiones atendiendo a sus necesidades específicas.

<p>Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>Existe la necesidad de mejorar las condiciones de vida la población migrante especialmente de aquellos que se encuentran en situación de pobreza.</p> <p>Surge la necesidad de tener mayor información sobre el paradero definitivo de los migrantes que llegan a nuestro país.</p>	<p>Si bien la situación de pobreza multidimensional es un problema para chilenos y migrantes, estos últimos presentan tasas más elevadas y especialmente concentradas en población infanto-juvenil.</p> <p>Se sugiere que los municipios tengan registros locales de sus residentes para tener información de los migrantes y mejorar la gestión de los servicios de salud.</p> <p>Uno de los aspectos que requiere atención es la situación de hacinamiento en que vive el grupo de migrantes, el cual supera con creces a la población chilena.</p> <p>Mejorar la difusión de los subsidios de arriendo de modo que los diferentes núcleos familiares opten a arriendos propios.</p>
<p>Dimensión: investigación</p>	<p>Existe la necesidad de atender e incrementar la evidencia referente a las condiciones de vida de los niños y jóvenes migrantes.</p> <p>Existe escasa información sobre los colectivos individuales presentes en Chile.</p>	<p>Actualmente existen escasos datos sobre la población infantil migrante. En la encuesta CASEN por ejemplo, existe un gran porcentaje de niños sin nacionalidad reportada, por lo que incrementar la representatividad de esta población es imprescindible para conocer mejor sus características e indicadores de bienestar.</p> <p>Adicionalmente sería de utilidad incorporar preguntas sobre la nacionalidad de ambos padres y el lugar de nacimiento de los niños.</p> <p>Explorar la información para colectivos individuales.</p> <p>Se sugiere levantar información sobre las diferencias y preferencias de inserción social de los diferentes colectivos.</p> <p>Contar con datos de situación de salud por colectivos.</p>

7. Referencias

- Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Santiago: UDD; 2016.
- Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv.* 2010;46(3):5-7. Epub 2010/12/16.
- Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Ethnicity & health.* 2004;9:593-54.
- Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo—The Oslo Health Study. *Osteoporos Int.* 2005;16(6):623-30. Epub 2004/09/15.
- Azerkan F, Zendejdel K, Tillgren P, Faxelid E, Sparen P. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *International journal of cancer Journal international du cancer.* 2008;123(11):2664-70. Epub 2008/09/05.
- Beiri O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer.* 2009;45(1):107-18. Epub 2008/10/03.
- United Nations. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003. Available from: www.un.org.
- United Nations. Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>
- DESA U. Trends in international migration 2015. 2015.
- International Organization for Migration. World Migration report 2011. Communicating effectively about migration World Migration report [Internet]. 2011 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.
- Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet]. 2002 9th February 2011. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>.
- Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health.* 2013;34(1):68-74. Epub 2013/09/06.
- Albala C, Vio F. Epidemiological transition in Latin America: The case of Chile. *Public health.* 1995;109(6):431-42.
- Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.
- Bastías G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne.* 2008;179(12):1289-92. Epub 2008/12/03.
- Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(12):2161-70. Epub 2010/12/08.
- Departamento de Extranjería y Migración. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. . Ministerio del Interior. ; 2007 [cited 2008 November]; Available from: <http://www.extranjeria.gov.cl/filesapp/migraciones.pdf>
- Departamento de Extranjería y Migración. Preguntas frecuentes acerca de la inmigración en Chile. Secretaria y Administración General, Sistema de Gestión de la Calidad [Internet]. 2010 [cited November 2011. Available from: <http://www.extranjeria.gov.cl/faq.html>
- Chilean Ministry of Social Development. CASEN 2009. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. Documento metodológico. . Santiago: Mideplan; 2009 [cited 2010 October]; Available from: <http://www.MIDEPLAN.cl/casen/index.html>
- Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health.* 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.
- Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Observatorio Social [cited 2016 9th May]; Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_trabajo.php.
- Ministerio de Desarrollo Social. Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional. Santiago Chile: Gobierno de Chile; 2015.
- Cano V, Soffia M, y Martínez J. Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio. *Serie de Población y Desarrollo.* 2009; 88.

8. Acerca de los autores

Victor Pedrero, MSc

Enfermero, Especialista en Cardiología y Magíster en Medición y Evaluación de Programas Educativos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor Asistente e Investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: competencia cultural en trabajadores de la salud, aplicación los modelos de variables latentes en investigación salud, y estudio de propiedades psicométricas.

Email: vpedrero@udd.cl

Marcela Oyarte, MSc(c)

Estadístico y MSc (c) en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: desigualdad social en salud, migración y salud.

Email: mdoyarte@uc.cl

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social en salud y salud global. Ha participado en múltiples proyectos de investigación desde el 2000 en Chile, Reino Unido y España. En equidad en salud ha asesorado a la Organización Panamericana de Salud y a diversos servicios de salud de Chile.

Email: bcabieses@udd.cl

Verónica Arriagada Elzo, MSc

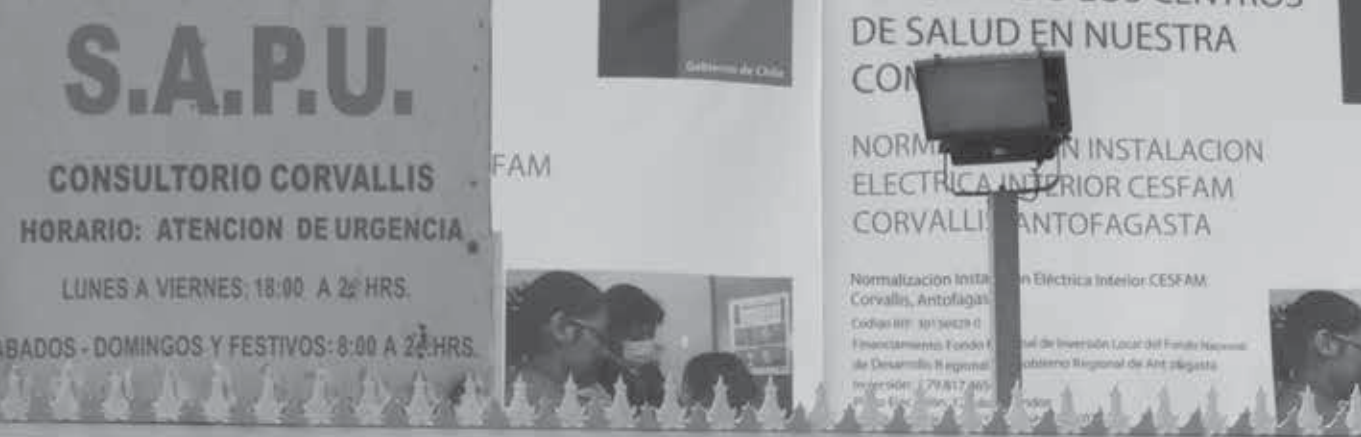
Socióloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile, MSc en Sociología, mención Investigación, de London School of Economics and Political Science y MSc (c) en Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Profesional del Área de estudios del Departamento de Extranjería y Migraciones. Líneas de investigación: Migración e inclusión migrante en niños, niñas y adolescentes, migración laboral.

Email: varriagadae@interior.gov.cl

Claudia Silva Dittborn, PhD

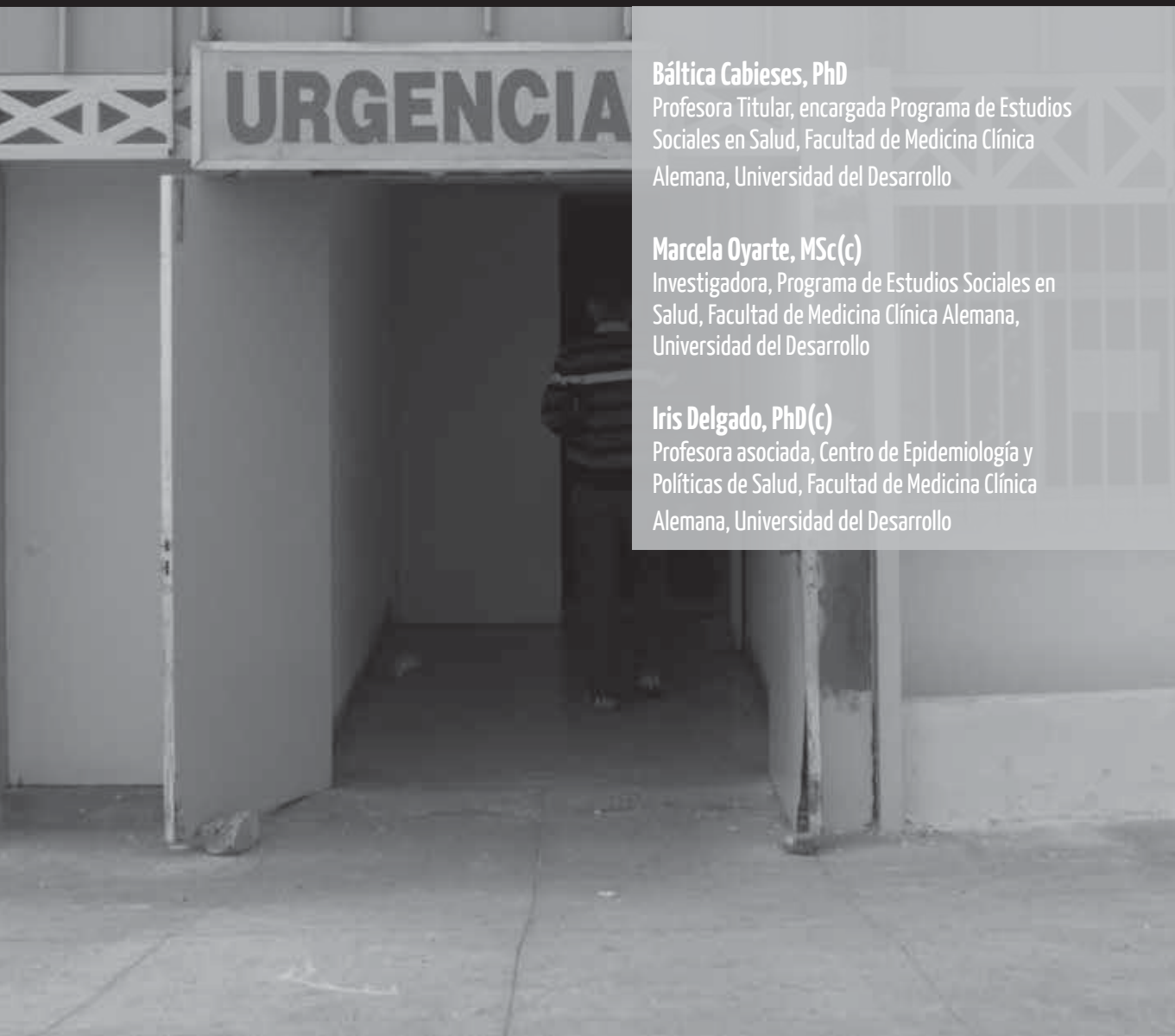
Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile y PhD en Sociología por la Universidad de Bonn en Alemania. Sus temas de especialización son migración y diversidad cultural. Actualmente trabaja como jefa de la sección de estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior de Chile. Es académica de la Pontificia Universidad de Chile y fue directora de Escuela de Trabajo Social de la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar.

Email: casilva@interior.gov.cl



Capítulo 9

Uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local en Chile



Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Marcela Oyarte, MSc(c)

Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Iris Delgado, PhD(c)

Profesora asociada, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- El derecho a la salud fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976.
- El acceso a los servicios de salud resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado.
- Existe acceso y uso variable de servicios de salud por parte de migrantes internacionales en Chile, que en la actualidad depende -para ciertos servicios- de factores como regularidad legal, nivel socioeconómico, sexo, país de origen y tiempo de residencia en nuestro país.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Acceso al sistema previsional de salud:
 - El 2013 un 8,9% de los inmigrantes del país afirmaban no tener previsión de salud, valor 3,4 veces mayor al de los chilenos en esta misma situación (2,5% del total de la población local).
 - La mayoría de los inmigrantes sin previsión de salud o con otro tipo de previsión de salud corresponde a hombres.
 - Al analizar según grupo etario, el grupo de inmigrantes de 0-14 años es el que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud (12,3%).
- Uso de servicios a corto plazo (últimos 3 meses):
 - El 24,5% de inmigrantes intentó pedir hora al sistema de salud pero no la obtuvo (demanda de salud expresada pero no satisfecha).
 - Tanto en chilenos como en inmigrantes, son los individuos sin previsión de salud los que presentan menores tasas de atención médica (59,7 x 100 inmigrantes vs 79 x 100 nacidos en Chile).
- Uso de servicios a largo plazo (últimos 12 meses):
 - Un 13,3% de inmigrantes afirmó estar en un tratamiento por alguna condición médica en los últimos 12 meses previos a la encuesta (versus 24,4% en chilenos).
 - Inmigrantes sin previsión son quienes presentan la menor proporción de cobertura de tratamientos, mientras que chilenos con ISAPRE o con otro tipo de previsión los que presentan los menores porcentajes de cobertura.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existe la necesidad de mejorar en forma significativa los registros nacionales sobre acceso y uso de servicios por parte de población migrante internacional, tanto a nivel primario y secundario, como en el sector de salud público y privado.
- Existe la urgente necesidad de mejorar la estrategia de inclusión de población migrante en la encuesta nacional CASEN, de tal forma de alcanzar poder muestral suficiente para realizar análisis más robustos y precisos acerca de las condiciones de vida y uso de servicios por parte de este grupo en nuestro país, incluyendo personas en situación irregular.
- Vale la pena discutir como país la incorporación sistemática de un “paquete temático” con variables críticas sobre población migrante internacional en todas las encuestas que se realizan en la actualidad y datos administrativos tales como estadísticas vitales de mortalidad y nacidos vivos, entre otros.

d) Palabras clave: protección social de la salud, acceso a salud, uso efectivo de servicios, migrantes internacionales, Chile.

2. Antecedentes

2.1. Acceso y uso de servicios desde una perspectiva de protección social de la salud

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales, fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976. En la actualidad, este tratado ha sido firmado y ratificado por 160 países y la protección social se inscribe en el marco de los derechos ciudadanos. En el año 2002, los países de América Latina y el Caribe acordaron iniciar esfuerzos para extender la protección social en salud. Protección Social en Salud se definió por OPS, en la 36ª Sesión Comité Ejecutivo del 25 de Marzo de 2002 en Washington, DC como *“garantía que la sociedad otorga, por conducto del Sistema de Seguridad Social en Salud y por medio de sus instituciones públicas, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus demandas de salud, al obtener acceso a los servicios de manera adecuada al sistema de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”*.

La protección social en salud aparece también como una de las 8 Áreas de Acción definidas en la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, aprobada por todos los Ministros de Salud de las Américas en Junio de 2007. Asimismo, todos los Ministros de Salud de Iberoamérica se comprometieron a combatir la exclusión en salud y construir sistemas integrados de protección social con la firma de la declaración de Iquique realizada en Chile en Julio de 2007 (1).

La protección social se especifica a través de tres dimensiones principales: (i) la de la cobertura horizontal (la proporción de la población que tiene acceso (cobertura) a alguno de los subsistemas de la seguridad social en salud o del sistema nacional de salud); (ii) la de la cobertura vertical (acceso a prestaciones, es decir, a qué prestaciones tienen derecho efectivo, oportuno y razonablemente garantizado tales afiliados); y, (iii) la de la protección financiera (en qué medida la cobertura impide que los gastos totales o complementarios en salud que pagan los individuos directamente exacerben la desigualdad en ingresos o estados de salud) (2).

La mayor parte de las Constituciones de la Región aseguran formalmente el derecho a la salud de sus poblaciones. Chile incluyó el derecho a la salud en su Constitución en 1925. Este texto Constitucional establece que el Estado tiene el deber de resguardar el derecho al trabajo, además de hacerse cargo de la seguridad social y la salud pública. La Constitución de 1980 consagra el derecho a la protección de la salud pero deslinda al Estado de la obligatoriedad de hacerse cargo de la provisión de los medios para el ejercicio de este derecho, otorgándole un rol subsidiario en la materia y brindando un papel más importante al sector privado, particularmente en su inciso final donde establece el derecho de toda persona a elegir libremente el sistema de salud, sea estatal o privado, al cual acogerse (2).

En Chile está la tarea pendiente de reposicionar la protección social en salud como un derecho humano para toda la población residente en nuestro territorio, independiente de su condición de género, etnia, nivel socioeconómico, e incluso independiente de su estatus migratorio (3). Tal y como se ha planteado en el pasado, los derechos de segunda generación, en el caso de la salud, se asemejan a los derechos cívicos de primera generación cuando son exigibles, es decir, si se aseguran los siguientes elementos (4):

- Universalidad de acceso
- Garantías de oportunidad (plazos conocidos y sanitariamente razonables)
- Garantías de calidad (guías clínicas referenciales que aseguren que el tratamiento tiene probabilidades de éxito razonables)
- Protección financiera, es decir, que los costos involucrados no afecten seriamente los ingresos o patrimonios de las personas

A partir de este marco conceptual, la última Reforma de Salud de Chile intenta abordar estos pilares de protección social y se fundamenta en cinco conceptos esenciales: (i) derecho a la salud, (ii) equidad en salud, (iii) solidaridad en salud, (iv) eficiencia en uso de recursos, (v) participación social en salud (Cuadro 1) (5, 6).

Cuadro 1

Conceptos esenciales de la Reforma de Salud de Chile, desde el marco de protección social de la salud (4).

Derecho a la salud: Toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

Equidad en salud: La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud. La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia.

Solidaridad en salud: El esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos. Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

Eficiencia en uso de recursos: Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector. Esta mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucran tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros, donde es necesario terminar con problemas de administración de personal y de deuda, entre otros; como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

Participación social en salud: Constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática. Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

2.2. Modelos conceptuales propuestos sobre acceso a salud

Tal como fue señalado en la sección anterior, y derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria (7).

El **acceso a la asistencia sanitaria** es una definición compleja y multidimensional que ha evolucionado con el tiempo (8). Una de las primeras y más ampliamente usadas definiciones de este concepto se refiere a la capacidad de alcanzar, obtener o proporcionar entrada a los servicios de salud disponibles en un país (9). Esta definición se centró en el “lado de la demanda”, es decir, la población que necesita atención. Un enfoque en el “lado del proveedor”, es decir, los proveedores de cuidado de la salud, se ha desarrollado mediante la definición de acceso como la **disponibilidad** de los servicios, o la **oportunidad** de utilizar los servicios (10).

Otros autores han sugerido que la presencia de los servicios de salud por sí sola no implica el acceso a la asistencia sanitaria; más bien, el acceso se debe conceptualizar en términos de **utilización de los servicios (11)**. Esta conceptualización de acceso incorpora dos dimensiones, la oferta y la demanda. Más recientemente, el acceso ha sido definido como el ajuste entre las necesidades de los individuos y la capacidad del sistema de salud para satisfacer dichas necesidades. McIntyre et al. (12) definieron acceso como un concepto multidimensional basado en la interacción entre los sistemas sanitarios e individuos, en el que las dimensiones de la **disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad** interactúan para afectar a la salud final de las personas y comunidades.

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población (13). En el ámbito de los servicios médicos, acceso a salud en general se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios. No obstante, es importante reconocer que existen diversas acepciones y marcos conceptuales referidos al concepto de acceso en salud y que este ha ido evolucionando a lo largo del tiempo (8).

Según *Aday y Andersen* (1974) (14) es importante visualizar el acceso a salud a partir de si los individuos con una necesidad de salud llegan al sistema (“utilización”), considerando las diferencias en la definición de necesidad entre los demandantes de atención y los proveedores. *Penchansky* (1981) propuso dimensiones de acceso que describen el ajuste entre el paciente y el sistema de salud. Las actualizaciones posteriores se centraron en la relación entre sus componentes y la satisfacción del consumidor (15). Según *Goddard y Smith* (2001) (16) es necesario conceptualizar el acceso a salud además desde un marco normativo de equidad.

Oliver y Mossialos (2004) incluyeron dimensiones esenciales de acceso: necesidad, demanda y oferta (17). Sugirieron además que el acceso debe ser el objetivo de una política de salud concreta, por ejemplo, mediante el desarrollo de niveles mínimos y máximos aceptables para cada una de las dimensiones de acceso. Obrist y colegas (2007), en el contexto de países de bajo ingreso, desarrollaron un marco de acceso a la salud que combina enfoques de salud pública con la comprensión de las circunstancias individuales y de alivio de la pobreza (18). Peters y colegas (2008) revisaron los factores que afectan el acceso a los servicios de salud en países en desarrollo, centrándose en el papel de la pobreza en esta materia como barrera estructural de acceso efectivo a salud (19). El marco conceptual de McIntyre, Thiede y Birch (2009) de acceso a salud se centró también en la interacción y el grado de ajuste. Ellos definieron el acceso como la habilitación de un individuo para utilizar la asistencia sanitaria (12).

Respecto a la consideración de barreras de acceso a salud, Vargas et al. propusieron el 2012 un modelo de barreras a la salud (20), basado en la competencia administrada del modelo de sistemas alternativos de entrega por Enthoven (21). En 2011, Fortney y colaboradores sugirieron un cambio en el paradigma para el acceso a la asistencia sanitaria hacia una perspectiva digital (22). El 2012, Irfan y colegas propusieron un modelo de "barreras de acceso a salud", que incorpora el modelo de comportamiento de Andersen de la utilización de los servicios de salud junto con el concepto amplio de sistemas de salud (23).

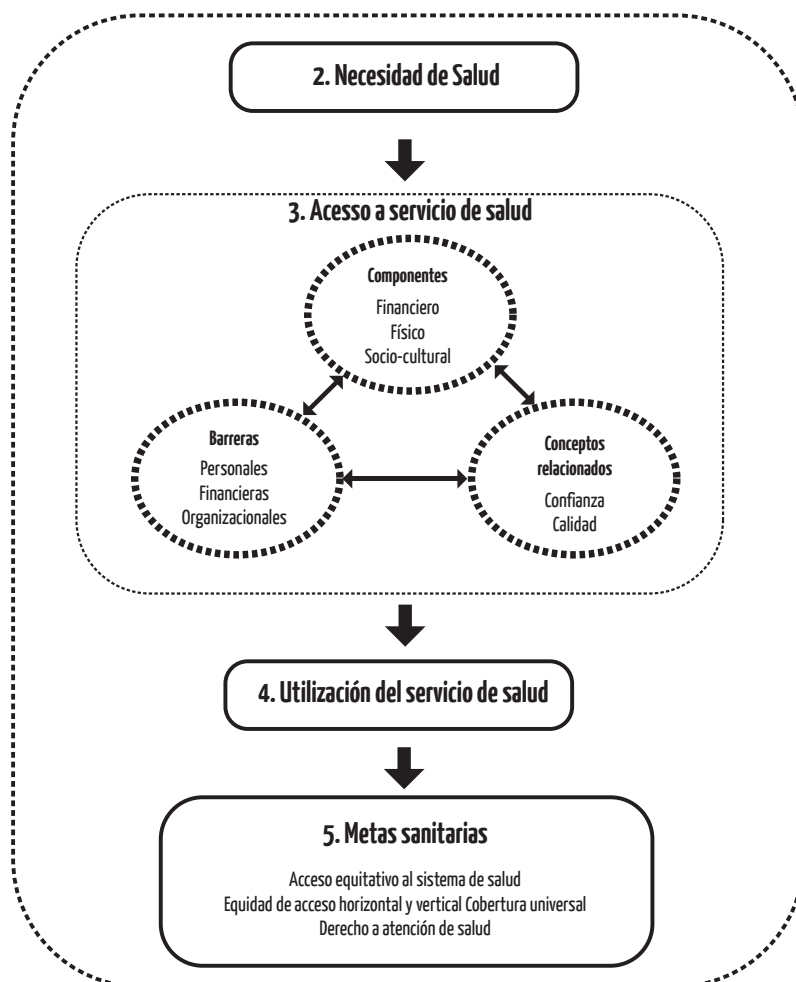
El Cuadro 2 describe una síntesis de los componentes o dimensiones identificadas en el pasado en los diversos modelos teóricos sobre el concepto de acceso a salud. Este fue desarrollado por Cabieses y Bird el 2014 (8).

Cuadro 2

Componentes del concepto de acceso a salud, a partir de revisión de literatura, Cabieses y Bird 2014 (8). Traducido al español por los autores.

1. Contexto

Cultural, social, económico, político y de sistema de salud



2.3. Conceptos relacionados a acceso y uso de servicios de salud

Existen varios conceptos relacionados a acceso y uso efectivo de servicios de salud, y que son importantes de definir antes de realizar un análisis sobre esta materia para migrantes internacionales y población local en Chile. Los conceptos relacionados más frecuentemente utilizados a nivel internacional son (8): (i) necesidad de salud, (ii) acceso a servicios de salud, (iii) componentes esenciales de acceso a servicios (acceso geográfico o “availability of healthcare”, acceso financiero o “affordability of healthcare”, acceso socio-cultural o “acceptability of healthcare”), (iv) barreras de acceso, (v) conceptos asociados a metas sanitarias (confianza y otros). El Cuadro 3 define cada uno de estos conceptos de manera sintética (8).

Para este capítulo, se trabaja con los conceptos de (i) necesidad sentida de salud, (ii) demanda expresada y no expresada, (iii) demanda satisfecha y no satisfecha. Estos conceptos fueron desarrollados en Chile por Jadue, Delgado y colaboradores el 2004 (24). La **necesidad sentida de salud** dice relación con el auto-reporte de haber experimentado algún problema de salud o accidente en el pasado, sea este medido a corto plazo (por ejemplo, últimos tres meses) o a largo plazo (último año). Esta necesidad percibida de salud puede o no haber desencadenado el acto de solicitar atención de salud. Si una persona desea consultar al sistema de salud (**demanda expresada**), para hacerse efectiva dicha consulta se requiere de que el servicio de salud exista y esté disponible (“availability” y “accessibility”), y que la persona pueda hacer uso de él, desde un punto de vista geográfico, físico y financiero (“affordability”). También existen casos en los cuales hubo necesidad de salud pero la persona eligió no consultar al sistema de salud (**demanda no expresada**).

Las razones de no consulta pueden ser diversas, desde percepción de severidad del problema de salud, no conocer ni saber navegar el sistema de salud, miedo o exclusión, e incluso haber solicitado la atención pero no haberla logrado. También puede deberse a que la persona solicitó otro tipo de atención, de acuerdo a sus propias creencias, de tipo de medicina alternativa o complementaria. Una vez que la demanda de salud fue expresada, puede que dicha **demanda sea satisfecha o no**. Existen distintos posibles indicadores de demanda satisfecha, por ejemplo que recibió atención de personal de salud en cualquier nivel de atención, que recibió diagnóstico o tratamiento claros, que quedó satisfecho con la atención recibida, entre otros.

Cuadro 3

Descripción de principales conceptos relacionados con acceso salud (8)

Necesidad de atención de salud: se ha definido como la capacidad de beneficiarse de la atención de salud. Existe capacidad de beneficiarse cuando hay pruebas de que la atención ofrece beneficios similares entre individuos que comparten una condición particular de salud. En este sentido, la necesidad de atención está vinculada con la eficacia de las intervenciones de la salud de mantener o recuperar el estado de salud de las personas. Se han descrito diferentes dimensiones de necesidad de salud, incluidas la necesidad normativa (definida por una relación de expertos para una norma o estándar), necesidad sentida (percibida por una persona o población), expresada (cuando una necesidad sentida es manifestada en el sistema de salud), y necesidad evaluada (juzgada por un profesional o experto).

Acceso geográfico o “availability of healthcare”: La disponibilidad de la asistencia sanitaria refleja si los profesionales de la salud y los servicios de salud apropiados se suministran en el lugar correcto y en el momento adecuado para satisfacer las necesidades de salud de una población. Esto incluye la dimensión espacial o geográfica de que las personas puedan físicamente llegar al servicio de salud para recibir su atención.

Acceso financiero o “affordability of healthcare”: incorpora todos los costos para el individuo de utilizar el servicio y la capacidad del individuo para pagar en el contexto del presupuesto familiar y otras demandas de ese presupuesto. Los costos pueden incluir los costos directos de la atención, como pago de la atención directa, el costo de los medicamentos y el costo de transporte. También incluye costos indirectos, como la pérdida de salarios por concepto de días no trabajados por enfermedad, o el no trabajar para ser cuidador informal de algún familiar enfermo.

Acceso socio-cultural o “acceptability of healthcare”: se ha definido como el “ajuste entre las actitudes del proveedor y las expectativas de cada uno de los pacientes”. Las actitudes de los proveedores son por ejemplo hacia las características del paciente, tales como características demográficas o conocimientos. Las expectativas de los pacientes dicen relación con procesos de derivación, diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, las creencias, actitudes y normas subjetivas de los individuos hacia la salud y la asistencia sanitaria también determinan la aceptabilidad y la utilización final de los servicios de salud disponibles.

Barreras de acceso a salud: son factores que impiden que las personas accedan a la atención de salud. Pueden ocurrir en diferentes puntos de la vía de acceso, desde el pobre reconocimiento de las necesidades de salud y hasta el logro de los resultados deseados. Las barreras incluyen tanto los factores de lado de la “oferta” (costos y organización de los servicios), así como los factores de la “demanda” (conocimiento, creencias culturales, actitudes relativas a las condiciones médicas, preferencias del paciente). La literatura distingue al menos entre barreras personales/individuales, barreras financieras, barreras organizacionales y barreras geográficas.

Confianza: concepto complejo y multidimensional que incluye factores de juicio racional o cognitivos y factores afectivos. Incluye por ejemplo la confianza en la competencia trabajadores de la salud (por ejemplo, la habilidad y el conocimiento de un trabajador de la salud) y la creencia de que el agente de salud está trabajando centrado en el beneficio del paciente y no sobre la base de intereses propios.

2.4. ¿Qué se sabe de las necesidades de salud y uso de servicios por parte de población migrante internacional?

La protección de la salud por parte de migrantes internacionales es de preocupación global en la actualidad. En los últimos años el escenario mundial se ha visto desafiado por grandes masas de personas que se han movilizado desde países empobrecidos o en guerra hacia países más ricos y prósperos, como medida de supervivencia a las insostenibles condiciones en las que se encontraban en sus países de origen. El problema actual de la migración internacional no respeta sexo, edad ni etnia. Más aun, nos obliga a atender la protección urgente de derechos humanos fundamentales, en particular dada la vulnerabilidad social, económica, política y de salud, que estas personas y familias experimentan durante este proceso migratorio.

Frente a esta grave situación, diversos organismos internacionales han alzado la voz y han realizado algunas declaraciones y recomendaciones que vale la pena mencionar. La Organización Mundial de la Salud, por su parte, ha relevado los problemas más frecuentes de salud de la población migrante internacional global. En un reciente reporte señalaron que los problemas de salud más frecuentes entre los migrantes son las lesiones accidentales, la hipotermia, las quemaduras, los accidentes cardiovasculares, las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión. Las mujeres migrantes se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y el niño, la salud sexual y reproductiva, y la violencia. Por otra parte, la exposición de los migrantes a los riesgos derivados de los desplazamientos de población -trastornos psicosociales, problemas de salud reproductiva, mayor mortalidad neonatal, uso indebido de drogas, trastornos nutricionales, alcoholismo y exposición a la violencia- aumenta su vulnerabilidad a las enfermedades no transmisibles. El problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, sea por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan o por el desmoronamiento de los sistemas de atención sanitaria por sobrecarga; también el desplazamiento desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones infecciosas y crónicas (25).

La OMS también reconoce que los niños vulnerables son propensos a infecciones agudas, como las infecciones respiratorias y la diarrea, debido a la pobreza y las privaciones durante la migración, y necesitan acceso a la atención pertinente. La falta de higiene puede provocar infecciones cutáneas (25). Algunas recomendaciones de salud pública generales para población migrante internacional en el mundo son (25):

- **No se recomienda un chequeo obligatorio de las poblaciones de refugiados y migrantes** para detectar enfermedades, puesto que no hay pruebas concluyentes de que ello sea costoeficaz y puede generar ansiedad en los refugiados y la comunidad en general. Más aun, se ha observado que los chequeos obligatorios disuaden a los migrantes de solicitar una revisión médica y ponen en peligro la detección de los pacientes de alto riesgo.
- **Se recomienda encarecidamente ofrecer controles de salud libres y voluntarios** para velar por que todos los refugiados y migrantes que necesiten protección sanitaria tengan acceso a cuidados de salud. Tales controles deben efectuarse para detectar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles y siempre respetando los derechos humanos y la dignidad de los migrantes.
- **Los resultados de salud que se puedan recabar en población migrante internacional nunca deben utilizarse como excusa o justificación para expulsarlos de un país.**
- **No existe relación sistemática alguna entre la migración y la importación de enfermedades infecciosas.** La evidencia internacional disponible a la fecha informa que los refugiados y los migrantes están expuestos principalmente a las enfermedades infecciosas que son comunes en los países donde arriban, sin relación alguna con la migración.
- Se recomienda efectuar una **clasificación de los refugiados y los migrantes en los puntos de entrada poco después de su llegada para detectar problemas de salud.** A continuación debe haber un diagnóstico y tratamiento adecuados, y debe garantizarse que los grupos de población específicos reciban la atención de salud que necesitan (niños, mujeres embarazadas, personas de edad avanzada).
- Todas y cada una de las personas desplazadas deben tener pleno acceso a un entorno acogedor, a **medidas de prevención (por ejemplo, vacunación) y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad, sin discriminación** por motivos de sexo, edad, religión, nivel socioeconómico, nacionalidad o raza. Esta es la forma más segura de garantizar que la población residente no esté expuesta innecesariamente a agentes infecciosos importados. La OMS apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes y refugiados independientemente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal.

Existe alguna evidencia, aunque limitada, del uso de servicios de salud por parte de población migrante internacional en Chile. Estudios realizados por Cabieses y colaboradores (26-30) en el pasado han reportado que la población que sea auto-reporta como inmigrante en la encuesta CASEN 2006 y 2009: (i) en promedio utiliza servicios gratuitos de Papanicolaou similares a la población chilena, (ii) utiliza más servicios de atención prenatal y ginecológica, y (iii) sub-utiliza el control de niño sano comparado con la población local. Además, demostró una clara gradiente socioeconómica en el uso de servicios de Papanicolaou, médico general, de especialidad médica y dental (a menor nivel socioeconómico del migrante, menor uso de estos servicios). Una importante diferencia se observó en el uso de atención de salud mental, el cual fue similar a la población chilena, o ligeramente superior, pero sin discriminar por nivel socioeconómico del inmigrante (relativamente alto uso en todos los estratos sociales).

A nivel secundario de atención, se han reconocido algunos problemas. Se ha reportado mayor resistencia del equipo de salud a atender a este grupo, problemas de pago al sistema luego de haber sido dados de alta -sobre todo en el caso de partos en mujeres en situación irregular-, discriminación, entre otros. Los equipos de salud secundarios han manifestado desconocimiento acerca de cómo atender a población migrante que no está enrolada

en el sistema público, y de cómo ayudarlos a navegar de manera efectiva el sistema de salud chileno. Ciertamente falta un registro más preciso y robusto de las necesidades de salud y uso de servicios disponibles, tanto a nivel primario como secundario, público y privado, que nos permita como país elaborar estrategias concretas de protección, prevención, diagnóstico y tratamiento para migrantes internacionales que residen en Chile (31).

3. Propósito

El propósito de este capítulo es aportar conocimiento nuevo y actualizado acerca de las condiciones de acceso al sistema de salud chileno y uso de servicios de salud disponibles, por parte de migrantes internacionales, y compararlo con la población local chilena. Dicha comparación permite identificar brechas de desigualdad en acceso y uso que pueden estar impactando de manera negativa en la salud de la población migrante en nuestro país, y que son potencialmente modificables.

Para este capítulo, se realizó un análisis detallado de la encuesta poblacional nacional CASEN 2013 (32). Esta encuesta permite observar patrones generales de población que se auto-reporta como migrante internacional (esto es, que responde que su madre vivía en un país distinto de Chile cuando nació) y compararla con quienes se reportan como nacidos en Chile. Esta base de datos es de representación nacional y cuenta con una amplia diversidad de variables demográficas, socioeconómicas y de acceso y uso a servicios de salud. No obstante, su proceso de selección muestral no busca representar a la población migrante internacional en particular. Además, la variable de país de nacimiento (que permite la estratificación entre inmigrante y chileno) cuenta con porcentajes relativamente altos de no respuesta o datos perdidos, lo que dificulta su utilización para análisis e interpretación de datos (ver Sección II, Capítulo 8). No obstante lo anterior, la encuesta CASEN es una de las encuestas poblacionales de mejor representación nacional en nuestro país en la actualidad y permite, al menos a nivel exploratorio, comparar entre migrantes internacionales y chilenos.

La encuesta CASEN 2013, desarrollada por el Ministerio de Desarrollo Social desde el año 1987, mide cada 2-3 años las condiciones socioeconómicas de los hogares del país. Esta es representativa de los residentes en viviendas particulares de las 15 regiones del país, en las 324 comunas incluidas en el marco muestral del Instituto Nacional de Estadística (vigente para el año 2012 y 2013), excluyendo áreas de difícil acceso y a personas institucionalizadas. Esta encuesta utiliza un muestreo complejo, probabilístico estratificado y multi-etápico, lo que exige la utilización de factores expansión para representación nacional. Cuenta con un total de 66.725 encuestas a hogares, correspondientes a la información de 212.346 chilenos, 3.555 inmigrantes y 2.590 individuos que prefirieron no reportar su estatus migratorio (datos perdidos). Utilizando factores de expansión, estos representan a 16.689.377 chilenos, 354.581 inmigrantes y 229.159 no reportados (correspondientes al 96,6%, 2,1% y 1,3% del total de la población del país, respectivamente).

154

A continuación se presenta un análisis descriptivo del acceso al sistema previsional de salud y al uso y garantías del sistema de salud. Este análisis se realiza utilizando la base de datos de la encuesta CASEN 2013, entregada por el ministerio de desarrollo social. Para grupos de inmigrantes y chilenos se presentan por separado cifras absolutas y relativas a la condición migratoria, tasas de atención médica, cobertura por tratamientos AUGE-GES y problemas de atención a salud. Para algunos análisis puntuales de tendencia también se analizaron las encuestas CASEN 2006, 2009 y 2011.

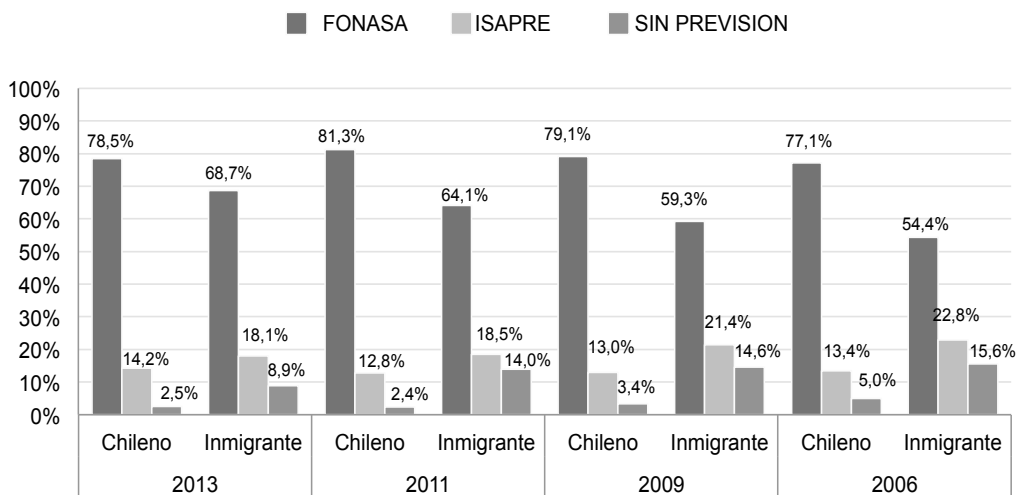
4. Acceso al sistema de salud en Chile: migrantes internacionales versus chilenos

En Chile el no tener previsión de salud constituye una de las primeras barreras para poder hacer uso a los diferentes servicios de salud. Según la encuesta CASEN 2013 un 8,9% **de los inmigrantes del país afirmaban no tener previsión de salud**, valor 6,4 puntos porcentuales mayor al de los chilenos en esta misma situación, correspondientes a un 2,5% del total de la población local (Figura 1). Si bien el porcentaje de inmigrantes sin previsión de salud ha disminuido desde el año 2006 (según resultados de la encuesta CASEN de los años 2006, 2009 y 2011), dicho porcentaje continúa representando una proporción considerable de inmigrantes, sobre todo al comparar con población local. Así mismo, en inmigrantes se observa un aumento sostenido en la proporción que afirma pertenecer al sistema público de salud, FONASA, principalmente a beneficiarios tipo A y B (Figura 1).

En detalle para el año 2013, fueron las **mujeres inmigrantes las que presentaron un mayor porcentaje de afiliadas al sistema público de salud** con un 72,2% del total de mujeres inmigrantes del país. En contraste, de los hombres inmigrantes un 64,4% correspondía a afiliados a FONASA, adicionalmente, son estos los que presentan un mayor porcentaje de individuos sin ninguna previsión (9,9%). Esto se replica en población local pero en diferentes magnitudes (Figura 2). Dentro de aquellos inmigrantes que reportan pertenecer a FONASA el 2013, la mayoría corresponde a mujeres alcanzando a un 57,9% del total de inmigrantes en FONASA. Algo similar se observa en ISAPRE con un 52,4% de mujeres inmigrantes. Lo anterior se invierte para aquellos **inmigrantes sin previsión de salud o con otro tipo de previsión, en los cuales el mayor porcentaje corresponde a hombres**.

Figura 1

Porcentaje de población chilena e inmigrante según tipo de previsión de salud entre 2006 y 2013. Encuesta CASEN.

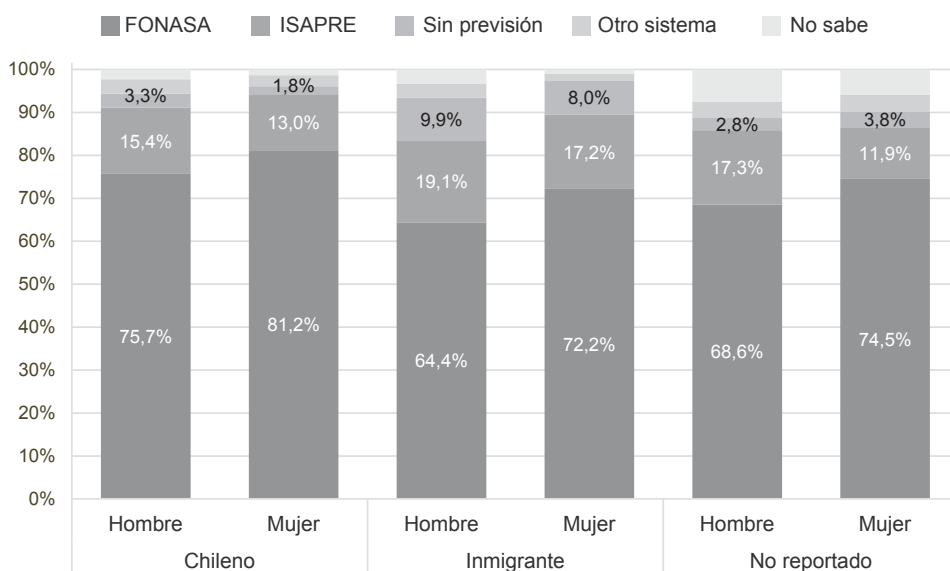


	2013		2011		2009		2006	
	Chileno	Inmigrante	Chileno	Inmigrante	Chileno	Inmigrante	Chileno	Inmigrante
FONASA	13.116.511	243.599	13.477.033	156.210	13.142.553	126.812	12.249.378	84.063
ISAPRE	2.361.099	64.095	2.122.542	45.177	2.155.589	45.727	2.125.383	35.294
Ninguno	422.224	31.535	397.011	34.099	561.049	31.108	793.270	24.079

Fuente: elaboración propia a partir de las encuestas CASEN 2013, 2011, 2009 y 2006.

Figura 2

Porcentaje de población chilena, inmigrante y "no reportada" (datos perdidos en pregunta sobre estatus migratorio) según tipo de previsión de salud y sexo. Encuesta CASEN 2013.



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

De acuerdo a los datos de la CASEN 2013, en todos los tipos de previsión **la mayor proporción de inmigrantes con acceso a salud corresponde a sujetos entre los 15 y 44 años de edad**. La gran mayoría corresponde a individuos ocupados y a residentes de zonas urbanas. Sin embargo, esta situación no se repite al analizar según quintiles de ingreso o nivel educacional; en estos casos las distribuciones cambian según los diferentes tipos de previsión de salud: **el nivel educacional e ingreso de inmigrantes en FONASA es menor que el de inmigrantes en ISAPRE**. Por ejemplo, en inmigrantes con FONASA el 50,1% reportó tener educación media humanista y un 25,9% indicó tener niveles menores a educación media. De manera opuesta, el 77,3% de los inmigrantes en ISAPRE posee educación superior o niveles más altos, además de que el 85,4% de los inmigrantes en ISAPRE corresponde a sujetos del quintil V más rico de ingreso autónomo del hogar para dicha población extranjera. En el caso de aquellos **inmigrantes sin previsión de salud, un 79,9% de ellos posee un nivel de educación media o menor y tan solo un 14,4% son profesionales o postgraduados** (Tabla 2).

La mayor proporción de la población migrante internacional se encuentra afiliada al sistema público de salud (FONASA). La excepción a esta regla general se observa en inmigrantes profesionales o con algún posgrado (completo o incompleto) y en inmigrantes pertenecientes al quintil V más rico de ingreso autónomo del hogar. En ambos, más del 70% de los inmigrantes se encuentra afiliado al sistema privado de salud (ISAPRE) (Tabla 2).

Es interesante analizar el acceso al sistema de salud según grupo etario en población migrante y local. Por ejemplo, se observa que **el grupo de inmigrantes de 0-14 años es el que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud** (12,3%), situación que no ocurre en población local en la cual el mayor porcentaje de individuos sin previsión de salud se registra entre 15 y 59 años, sin llegar a superar el .3,5%. A su vez destacan los sujetos migrantes internacionales desocupados, dentro de los cuales el 22,7% indica no estar afiliado a ningún sistema previsional de salud, y los inmigrantes residentes en zonas rurales, de los cuales el 16,1% no posee previsión de salud (Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 1

Frecuencia absoluta (expandida) de tipo de previsión de salud de población inmigrante y chilena, según características socio-demográficas. Encuesta CASEN 2013.

		Chileno					Inmigrante				
		FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe	FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe
		13.116.511	2.361.099	422.224	493.162	296.381	243.599	64.095	31.535	8.088	7.264
Sexo	Hombre	5.983.482	1.215.835	260.277	265.506	179.703	102.614	30.483	15.838	5.121	5.297
	Mujer	7.133.029	1.145.264	161.947	227.656	116.678	140.985	33.612	15.697	2.967	1.967
Edad	[0-14)	2.816.065	495.896	41.443	90.167	67.428	34.277	5.791	5.791	763	619
	[15-29)	3.083.471	624.429	141.878	114.296	92.571	74.170	17.320	11.992	3.356	2.441
	[30-44)	2.298.099	586.623	106.722	77.709	54.953	81.826	24.345	7.901	1.633	3.582
	[45-59)	2.496.430	448.927	95.506	99.751	48.967	32.274	12.851	3.508	1.289	472
	60 o más	2.422.446	205.224	36.675	111.239	32.462	21.052	3.788	2.343	1.047	150
Nivel educacional	Sin Educación Formal	1.560.524	228.404	26.113	44.265	38.796	13.242	1.212	2.200	507	90
	Básica	4.485.522	311.136	90.999	89.916	77.224	49.838	5.530	7.332	263	1.296
	Media (humanista o Tec. Profesional)	5.177.195	547.894	173.120	221.402	113.723	121.997	7.074	15.640	3.663	3.810
	Técnico nivel superior	743.977	240.055	39.175	57.880	20.426	22.402	5.513	1.726	418	792
	Profesional	1.071.361	906.532	82.106	75.079	41.694	32.639	35.756	3.972	2.195	699
	Postgrado Incompleto	15.224	27.324	6.365	785	678	562	1.867	358	0	63
	Postgrado Completo	18.972	89.920	1.955	2.240	561	2.057	6.399	219	636	312
	No sabe, No responde	43.736	9.834	2.391	1.595	3.279	862	744	88	406	202
Ocupación*	Ocupados	5.207.932	1.228.831	202.725	173.464	140.830	150.943	44.748	15.981	3.503	5.878
	Desocupados	419.220	56.185	40.102	10.055	10.500	5.721	1.084	2.151	198	303
	Inactivos	4.673.294	580.187	137.954	219.476	77.623	52.658	12.472	7.612	3.624	464

Quintil de ingreso autónomo	I	3.371.926	89.854	73.337	43.831	60.888	32.006	1.323	4.522	2.486	57
	II	3.323.177	135.367	81.802	78.096	59.395	57.234	1.356	5.408	577	402
	III	2.955.108	274.428	87.627	111.405	73.366	46.301	2.495	7.528	1.040	1.005
	IV	2.303.583	554.832	90.897	150.366	60.583	69.571	4.143	8.029	726	2.347
	V	1.150.115	1.306.502	88.561	109.384	41.908	36.495	54.564	5.926	3.250	3.237
Zona	Urbano	11.140.863	2.293.929	364.297	467.210	261.392	232.722	62.920	29.118	7.883	6.949
	Rural	1.975.648	67.170	57.927	25.952	34.989	10.877	1.175	2.417	205	315

*Los niveles educacionales, básico, medio, técnico superior y profesional, corresponden a niveles completos e incompletos.

*La variable ocupación considera solo a los mayores de 15 años

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN.

Tabla 2

Frecuencia relativa de tipo de previsión de salud en **población inmigrante**, según características socio-demográficas.

		Distribución por características socioeconómicas y demográficas					Distribución por previsión de salud				
		(% Columna)					(% Fila)				
		FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe	FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe
		100	100	100	100	100	68,7	18,1	8,9	2,3	2,0
Sexo	Hombre	42,1	47,6	50,2	63,3	72,9	64,4	19,1	9,9	3,2	3,3
	Mujer	57,9	52,4	49,8	36,7	27,1	72,2	17,2	8,0	1,5	1,0
Edad	[0-14)	14,1	9,0	18,4	9,4	8,5	72,6	12,3	12,3	1,6	1,3
	[15-29)	30,4	27,0	38,0	41,5	33,6	67,9	15,8	11,0	3,1	2,2
	[30-44)	33,6	38,0	25,1	20,2	49,3	68,6	20,4	6,6	1,4	3,0
	[45-59)	13,2	20,0	11,1	15,9	6,5	64,0	25,5	7,0	2,6	0,9
	60 o más	8,6	5,9	7,4	12,9	2,1	74,2	13,3	8,3	3,7	0,5
Nivel educacional	Sin Educación Formal	5,4	1,9	7,0	6,3	1,2	76,8	7,0	12,8	2,9	0,5
	Básica	20,5	8,6	23,3	3,3	17,8	77,6	8,6	11,4	0,4	2,0
	Media (humanista o Tec. Profesional)	50,1	11,0	49,6	45,3	52,5	80,2	4,6	10,3	2,4	2,5
	Técnico nivel superior	9,2	8,6	5,5	5,2	10,9	72,6	17,9	5,6	1,4	2,6
	Profesional	13,4	55,8	12,6	27,1	9,6	43,4	47,5	5,3	2,9	0,9
	Postgrado Incompleto	0,2	2,9	1,1	0,0	0,9	19,7	65,5	12,6	0,0	2,2
	Postgrado Completo	0,8	10,0	0,7	7,9	4,3	21,4	66,5	2,3	6,6	3,2
	No sabe, No responde	0,4	1,2	0,3	5,0	2,8	37,4	32,3	3,8	17,6	8,8
Ocupación	Ocupados	72,1	76,7	62,1	47,8	88,5	68,3	20,2	7,2	1,6	2,7
	Desocupados	2,7	1,9	8,4	2,7	4,6	60,5	11,5	22,7	2,1	3,2
	Inactivos	25,2	21,4	29,6	49,5	7,0	68,5	16,2	9,9	4,7	0,6

Quintil de ingreso autónomo	I	13,2	2,1	14,4	30,8	0,8
	II	23,7	2,1	17,2	7,1	5,7
	III	19,2	3,9	24,0	12,9	14,3
	IV	28,8	6,5	25,6	9,0	33,3
	V	15,1	85,4	18,9	40,2	45,9
Zona	Urbano	95,5	98,2	92,3	97,5	95,7
	Rural	4,5	1,8	7,7	2,5	4,3

79,2	3,3	11,2	6,2	0,1
88,1	2,1	8,3	0,9	0,6
79,3	4,3	12,9	1,8	1,7
82,0	4,9	9,5	0,9	2,8
35,3	52,7	5,7	3,1	3,1
68,5	18,5	8,6	2,3	2,0
72,6	7,8	16,1	1,4	2,1

* Los niveles educacionales, básico, medio, técnico superior y profesional, corresponden a niveles completos e incompletos.

* La variable ocupación considera solo a los mayores de 15 años

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN.

Tabla 3

Frecuencia relativa de tipo de previsión de salud en **población local chilena**, según características socio-demográficas.

		Distribución por características socioeconómicas y demográficas					Distribución por previsión de salud				
		(% Columna)					(% Fila)				
		FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe	FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro sistema	No sabe
		100	100	100	100	100	78,6	14,1	2,5	3,0	1,8
Sexo	Hombre	45,6	51,5	61,6	53,8	72,9	75,7	15,4	3,3	3,4	2,3
	Mujer	54,4	48,5	38,4	46,2	27,1	81,2	13,0	1,8	2,6	1,3
Edad	0-14	21,5	21,0	9,8	18,3	8,5	80,2	14,1	1,2	2,6	1,9
	15-29	23,5	26,4	33,6	23,2	33,6	76,0	15,4	3,5	2,8	2,3
	30-44	17,5	24,8	25,3	15,8	49,3	73,6	18,8	3,4	2,5	1,8
	45-59	19,0	19,0	22,6	20,2	6,5	78,3	14,1	3,0	3,1	1,5
	60 o más	18,5	8,7	8,7	22,6	2,1	86,3	7,3	1,3	4,0	1,2
Nivel educacional	Sin Educación Formal	11,9	9,7	6,2	9,0	1,2	82,2	12,0	1,4	2,3	2,0
	Básica	34,2	13,2	21,6	18,2	17,8	88,7	6,2	1,8	1,8	1,5
	Media (humanista o Tec. Profesional)	39,5	23,2	41,0	44,9	52,5	83,1	8,8	2,8	3,6	1,8
	Técnico nivel superior	5,7	10,2	9,3	11,7	10,9	67,5	21,8	3,6	5,3	1,9
	Profesional	8,2	38,4	19,4	15,2	9,6	49,2	41,6	3,8	3,4	1,9
	Postgrado Incompleto	0,1	1,2	1,5	0,2	0,9	30,2	54,2	12,6	1,6	1,3
	Postgrado Completo	0,1	3,8	0,5	0,5	4,3	16,7	79,1	1,7	2,0	0,5
	No sabe, No responde	0,3	0,4	0,6	0,3	2,8	71,9	16,2	3,9	2,6	5,4
Ocupación	Ocupados	50,6	65,9	53,2	43,0	88,5	74,9	17,7	2,9	2,5	2,0
	Desocupados	4,1	3,0	10,5	2,5	4,6	78,2	10,5	7,5	1,9	2,0
	Inactivos	45,4	31,1	36,2	54,5	7,0	82,2	10,2	2,4	3,9	1,4

Quintil de ingreso autónomo	I	25,7	3,8	17,4	8,9	0,8	92,6	2,5	2,0	1,2	1,7
	II	25,4	5,7	19,4	15,8	5,7	90,4	3,7	2,2	2,1	1,6
	III	22,6	11,6	20,8	22,6	14,3	84,4	7,8	2,5	3,2	2,1
	IV	17,6	23,5	21,5	30,5	33,3	72,9	17,6	2,9	4,8	1,9
	V	8,8	55,3	21,0	22,2	45,9	42,7	48,5	3,3	4,1	1,6
Zona	Urbano	84,9	97,2	86,3	94,7	95,7	76,7	15,8	2,5	3,2	1,8
	Rural	15,1	2,8	13,7	5,3	4,3	91,4	3,1	2,7	1,2	1,6

* Los niveles educacionales, básico, medio, técnico superior y profesional, corresponden a niveles completos e incompletos.

* La variable ocupación considera solo a los mayores de 15 años

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN.

5. Uso de servicios de salud frente a necesidades de corto plazo: migrantes internacionales versus chilenos

Variable: Atención médica ante enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (2013).

La encuesta CASEN permite analizar aspectos centrales del proceso de demanda y atención de salud en población residente en Chile, vale decir: (i) necesidad sentida de salud, (ii) demanda expresada (que consulta al sistema) y no expresada, y (iii) necesidad satisfecha (que recibe atención y/o tratamiento) y no satisfecha. Realizamos este análisis para población migrante internacional y chilena por separado para la pregunta “¿Ha tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos tres meses?”, como proxy de necesidades de salud de corto plazo. Dicho análisis se presenta a continuación.

El año 2013, según la encuesta CASEN, el 14,9% de los inmigrantes declaró haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en los tres meses previos al momento de la encuesta (Figura 3). Este porcentaje es menor a lo reportado por la población local, de la cual el 19,2% declaró haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (Figura 4). Sin embargo, los **inmigrantes presentaron tasas muy similares de atención médica por necesidades de salud de corto plazo comparado con los chilenos** (91.1 x 100 inmigrantes vs 92.9 x 100 nacidos en Chile). De esta manera por cada 100 inmigrantes que tuvieron un problema de salud en los últimos 3 meses, 91 consultaron o tuvieron atención médica por esa necesidad (Figuras 3 y 4).

Es importante analizar por separado las razones por las cuales quienes presentaron una necesidad de salud no hicieron una demanda expresada al sistema de salud. En este sentido, se observó que **tanto en chilenos como en inmigrantes el principal motivo para no consultar fue que no lo consideró necesario** abarcando a más de la mitad de los no consultantes. No obstante, llama la atención el **alto porcentaje de inmigrantes que intentó pedir hora al sistema de salud pero no la obtuvo** (demanda de salud expresada pero no satisfecha) (24,5%), siendo esta la segunda principal causa de no consulta en este grupo. Esta situación no ocurre en población local, en la cual la segunda causa principal de no consulta es que la persona decidió tomar sus medicamentos habituales. Más aun, solo el 3,7% de los chilenos señaló que intentó pedir hora pero no la consiguió.

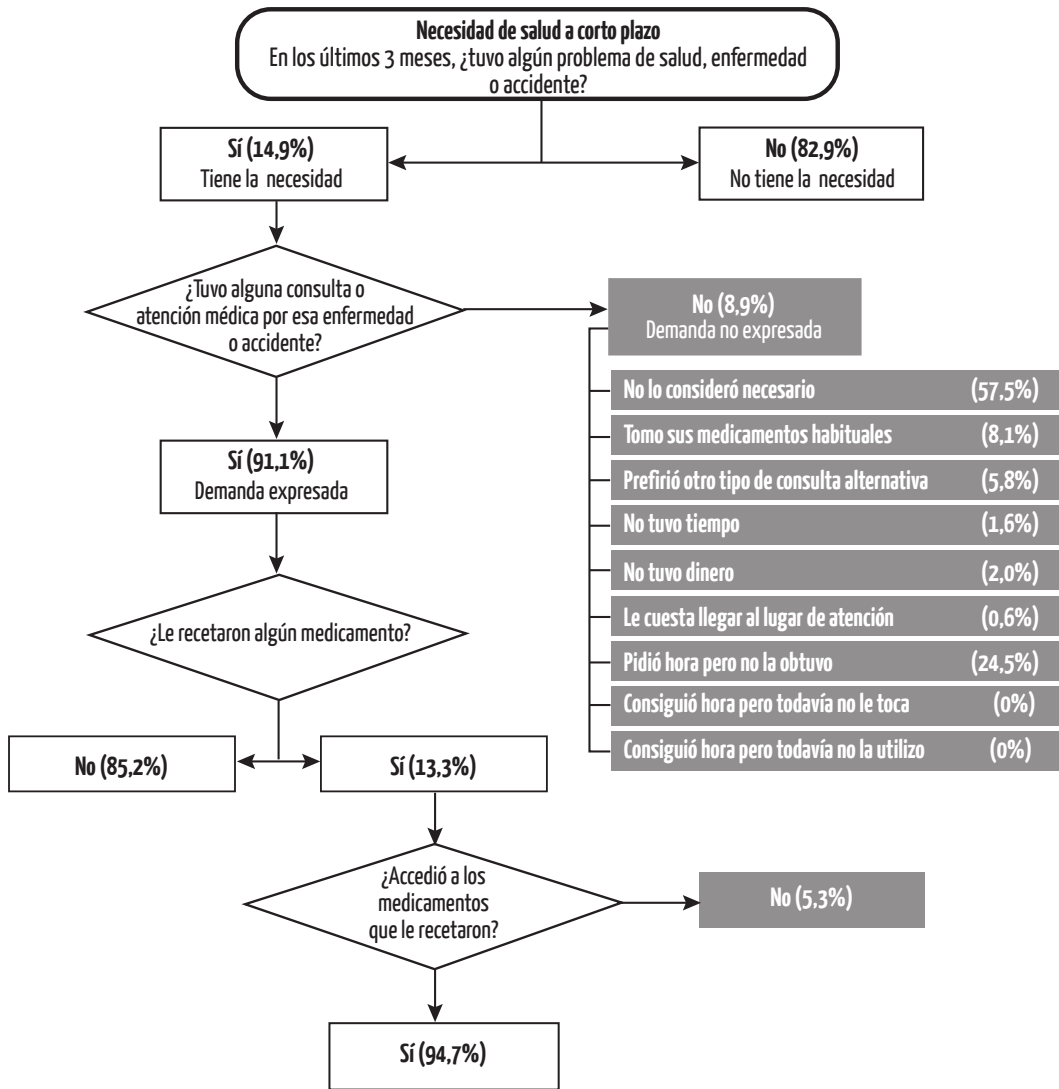
Respecto del nivel de análisis de demanda de salud satisfecha o insatisfecha por acceso a medicamentos, **a un 13,3% de los migrantes internacionales que consultaron le recetaron medicamentos**. De este porcentaje que recibió medicamentos, un (94,7% n=37.265) pudo finalmente acceder a todos los medicamentos que le recetaron. Por otra parte, **el 51,8% de los inmigrantes que lograron acceder a los medicamento pagaron por ellos, mientras que el 40% los consiguió todos gratis** (Figura 3).

Dada la compleja estructura del sistema de salud chileno, es importante analizar estos flujos de uso efectivo de servicios de salud según tipo de previsión, incluyendo sistema público y privado. Al analizar las tasas de atención médica por previsión de salud, **tanto en chilenos como en inmigrantes, son los individuos sin previsión de salud los que presentan menores tasas de atención médica** (59.7 x 100 inmigrantes vs 79 x 100 nacidos en Chile). Es interesante hacer notar, sin embargo, que el no estar adscrito a ningún sistema de salud no es sinónimo absoluto de no hacer uso de éste. Así por ejemplo, por cada 100 inmigrantes sin previsión que tuvieron un problema de salud en los 3 meses previos a la encuesta, aproximadamente 60 de ellos obtuvieron atención médica por tal problema (Tabla 4).

Pese a que se observa un mayor porcentaje de hombres inmigrantes sin previsión de salud, las **mujeres inmigrantes presentaron una menor tasa de atención médica en comparación con los hombres inmigrantes**. Falta comprender las razones de esta diferencia, en especial si las causas de consulta en hombres inmigrantes sin previsión son más severas o de riesgo vital y, como consecuencia, podrían justificar esta brecha (ej. accidentes laborales o de tránsito serios). En esta misma línea, son los **inmigrantes con postgrado (completo o incompleto) quienes presentan las menores tasas de atención médica, indicando como razón de no consulta el no considerarlo necesario**. En este grupo específico, de cada 100 que necesitaron atención por algún problema de salud en los tres meses previos a la encuesta, 67 tuvieron atención médica, muy por debajo de 90 o más en los otros niveles de educación (Tabla 4).

Figura 3

Uso efectivo (necesidad sentida, demanda expresada y demanda satisfecha) de atención a salud para necesidades a corto plazo en población migrante internacional. Encuesta CASEN 2013.



* El porcentaje de necesidad se obtiene a partir del total de inmigrantes del país

* La demanda expresada o tasa de atención médica, se obtiene excluyendo a aquellos sujetos en la categoría "no sabe". Análogo para la demanda no expresada.

* Los porcentajes sobre motivos de no consulta se obtuvieron sin considerar las categorías no sabe o no aplica, según corresponda.

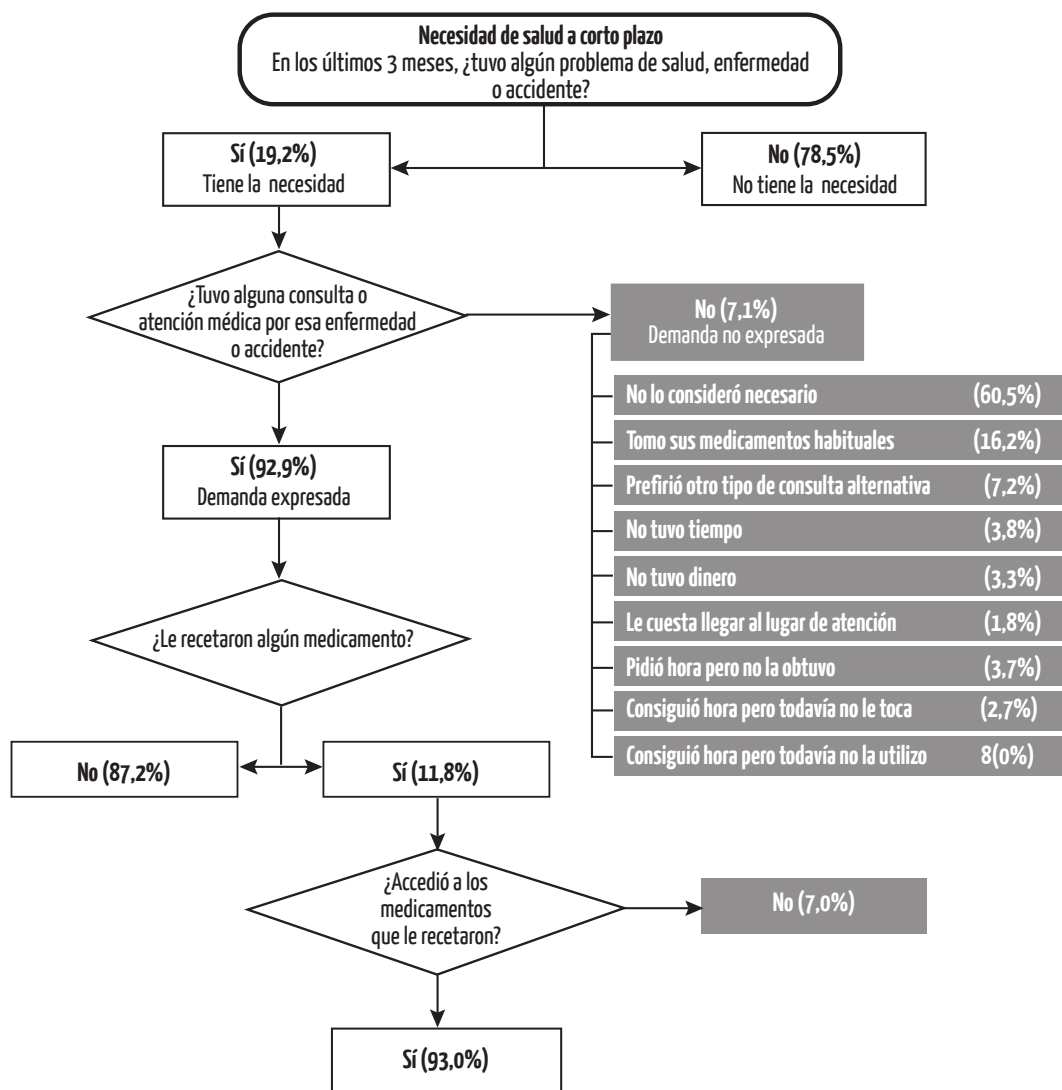
* El 1,5% de los inmigrantes que consultaron no saben o no recuerdan si les recetaron medicamentos, para el acceso a medicamentos no se consideró la categoría no sabe, no responde (Si corresponde a aquel que accedió a todos y No al que accedió o accedió parcialmente)

* Dependiendo del punto de vista es posible considerar la consulta alternativa como demanda expresada.

Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2013. Figura inspirada en Jadue et al. 2004 (24).

Figura 4

Uso efectivo (necesidad sentida, demanda expresada y demanda satisfecha) de atención a salud para necesidades a corto plazo en población local chilena. Encuesta CASEN 2013.



* El porcentaje de necesidad se obtiene a partir del total de nacidos en Chile del país

* La demanda expresada o tasa de atención médica, se obtiene excluyendo a aquellos sujetos en la categoría "no sabe". Análogo para la demanda no expresada.

* Los porcentajes sobre motivos de no consulta se obtuvieron sin considerar las categorías no sabe o no aplica, según corresponda.

* El 1,0% de los chilenos que consultaron no saben o no recuerdan si les recetaron medicamentos, para el acceso a medicamentos no se consideró la categoría no sabe, no responde (Si corresponde a aquel que accedió a todos y No al que accedió o accedió parcialmente)

Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2013. Figura inspirada en Jadue et al. 2004 (24).

Respecto a las causas de no consulta, dentro del grupo de **inmigrantes sin previsión de salud la principal causa de no consulta corresponde a que pidió hora y no la consiguió** (75,2%). Por el contrario para **inmigrantes no consultantes pertenecientes a ISAPRE la totalidad de estos no lo hizo porque no lo consideró necesario**. En el caso de los inmigrantes de FONASA el no considerar necesario una consulta también es uno de los principales motivos, seguido por el pedir hora pero no obtenerla (Tabla 5). Cabe destacar que dentro de los distintos grupos de FONASA esta realidad cambia en población migrante internacional. En aquellos con FONASA A el 48% de las no consultas ocurre por pedir hora y no conseguirla; en los tipos B, C, D y no sabe, se mantiene el patrón antes mencionado de que la principal causa es por no considerarlo necesario. Finalmente, cabe destacar que en aquellos inmigrantes que poseían *otra previsión* de salud, se observaron consultas de medicina alternativa o en farmacias por medicamentos (Tabla 5). Esta última (farmacias) en la literatura internacional figura como uno de los puntos de contacto y consumo importante para la resolución de problemas de salud en población migrante internacional.

Tabla 4

Tasa de atención médica por necesidad ante un problema de salud, enfermedad o accidente en los tres meses previos a la encuesta, según características socioeconómicas y demográficas, para chilenos e inmigrantes. Encuesta CASEN 2013

		Chileno					Inmigrante				
		Atención médica				Tasa de atención médica (x100)	Atención médica				Tasa de atención médica (x100)
		Sí		No			Sí		No		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Previsión de salud	FONASA	2.350.187	80,4%	185.012	82,7%	92,7	32.417	70,2%	3.426	76,3%	90,4
	ISAPRE	398.489	13,6%	22.487	10,0%	94,7	10.810	23,4%	147	3,3%	98,7
	Ninguna	36.768	1,3%	9.762	4,4%	79	1.309	2,8%	885	19,7%	59,7
	Otra	105.162	3,6%	3.807	1,7%	96,5	1.312	2,8%	21	0,5%	98,4
	No sabe	33.676	1,2%	2.761	1,2%	92,4	350	0,8%	12	0,3%	96,7
Sexo	Hombre	1.188.897	40,7%	100.128	44,7%	92,2	15.601	33,8%	958	21,3%	94,2
	Mujer	1.735.385	59,3%	123.701	55,3%	93,3	30.597	66,2%	3.533	78,7%	89,6
Edad	[0-15)	619.496	21,2%	28.218	12,6%	95,6	5.118	11,1%	173	3,9%	96,7
	[15-30)	497.279	17,0%	44.422	19,8%	91,8	9.660	20,9%	1.316	29,3%	88
	[30-45)	459.455	15,7%	41.350	18,5%	91,7	19.768	42,8%	1.547	34,4%	92,7
	[45-60)	609.395	20,8%	51.742	23,1%	92,2	5.194	11,2%	781	17,4%	86,9
	60 o más	738.657	25,3%	58.097	26,0%	92,7	6.458	14,0%	674	15,0%	90,5
Nivel educacional	Sin Educación Formal	411.410	14,1%	21.151	9,4%	95,1	1.680	3,6%	72	1,6%	95,9
	Básica	942.216	32,2%	78.392	35,0%	92,3	8.672	18,8%	863	19,2%	90,9
	Media (Humanista o Tec.)	1.011.752	34,6%	81.058	36,2%	92,6	17.789	38,5%	1.717	38,2%	91,2
	Técnico Nivel Superior	196.216	6,7%	15.114	6,8%	92,8	4.100	8,9%	375	8,4%	91,6
	Profesional	326.732	11,2%	26.312	11,8%	92,5	12.402	26,8%	753	16,8%	94,3
	Postgrado Incompleto	7.289	0,2%	628	0,3%	92,1	336	0,7%	185	4,1%	64,5
	Postgrado Completo	19.451	0,7%	702	0,3%	96,5	1.088	2,4%	526	11,7%	67,4
	No sabe, No responde	9.216	0,3%	472	0,2%	95,1	131	0,3%	0	0,0%	100
Ocupación	Ocupados	1.089.161	47,3%	99.382	50,8%	91,6	28.295	68,9%	2.633	61,0%	91,5
	Desocupados	83.654	3,6%	10.699	5,5%	88,7	1.308	3,2%	444	10,3%	74,7
	Inactivos	1.131.971	49,1%	85.530	43,7%	93	11.477	27,9%	1.241	28,7%	90,2
Quintil de ingreso autónomo	I	669.624	22,9%	51.191	22,9%	92,9	5.090	11,1%	452	10,1%	91,8
	II	655.857	22,4%	48.098	21,5%	93,2	8.080	17,6%	679	15,1%	92,2
	III	589.334	20,2%	47.074	21,0%	92,6	7.453	16,2%	1.602	35,7%	82,3
	IV	542.053	18,5%	44.031	19,7%	92,5	11.535	25,1%	1.192	26,6%	90,6
	V	465.920	15,9%	33.389	14,9%	93,3	13.771	30,0%	557	12,4%	96,1
Zona	Urbano	2.602.212	89,0%	186.829	83,5%	93,3	44.286	95,9%	4.198	93,5%	91,3
	Rural	322.070	11,0%	37.000	16,5%	89,7	1.912	4,1%	293	6,5%	86,7

* Los niveles educacionales, básico, medio, técnico superior y profesional, corresponden a niveles completos e incompletos.

* La variable ocupación considera solo a los mayores de 15 años

* Los porcentajes no consideran categorías "no sabe", "no responde" y "no aplica", concordante con la metodología CASEN 2013.

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

Tabla 5

Motivos de no consulta en caso de necesitar atención por problemas de salud, enfermedad o accidente dentro de los 3 meses previos a la encuesta, según previsión de salud, para chilenos e inmigrantes. Encuesta CASEN 2013.

	FONASA				ISAPRE				Ninguna				Otra			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
No lo consideré necesario, así que no hice nada	64.716	(40,0%)	1.070	(33,1%)	7.523	(38,2%)	147	(100,0%)	3.624	(40,7%)	11	(1,4%)	1.253	(38,6%)	0	(0,0%)
No lo consideré necesario y tomé remedios caseros	35.587	(22,0%)	1.164	(36,0%)	1.770	(9,0%)	0	(0,0%)	1.749	(19,7%)	0	(0,0%)	395	(12,2%)	0	(0,0%)
Decidí tomar mis medicamentos habituales	25.118	(15,5%)	319	(9,9%)	4.939	(25,1%)	0	(0,0%)	630	(7,1%)	19	(2,5%)	854	(26,3%)	0	(0,0%)
Consulté en una farmacia por medicamentos para mi problema de salud	5.150	(3,2%)	0	(0,0%)	1.508	(7,7%)	0	(0,0%)	526	(5,9%)	20	(2,6%)	311	(9,6%)	9	(42,9%)
Prefirió consultar a especialista en medicina alternativa	1.575	(1,0%)	0	(0,0%)	571	(2,9%)	0	(0,0%)	147	(1,7%)	0	(0,0%)	51	(1,6%)	12	(57,1%)
Prefirió buscar atención de medicina indígena fuera del consultorio	581	(0,4%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Prefirió acudir a la medicina natural u homeopática	3.358	(2,1%)	166	(5,1%)	58	(0,3%)	0	(0,0%)	156	(1,8%)	36	(4,7%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Pensé en consultar pero no tuve tiempo	5.556	(3,4%)	0	(0,0%)	1.635	(8,3%)	0	(0,0%)	240	(2,7%)	66	(8,6%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Pensé en consultar pero no tuve dinero	4.296	(2,7%)	44	(1,4%)	513	(2,6%)	0	(0,0%)	1.548	(17,4%)	38	(5,0%)	70	(2,2%)	0	(0,0%)
Pensé consultar pero le cuesta llegar al lugar de atención	3.380	(2,1%)	23	(0,7%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	77	(0,9%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Pidió hora pero no la obtuve	7.026	(4,3%)	446	(13,8%)	163	(0,8%)	0	(0,0%)	65	(0,7%)	577	(75,2%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Consiguí hora pero todavía no me toca	4.459	(2,8%)	0	(0,0%)	316	(1,6%)	0	(0,0%)	134	(1,5%)	0	(0,0%)	315	(9,7%)	0	(0,0%)
Consiguí hora pero no la utilicé	796	(0,5%)	0	(0,0%)	673	(3,4%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)

* No se consideró la categoría no sabe para el cálculo de los porcentajes

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

6. Uso de servicios de salud frente a necesidades de largo plazo: migrantes internacionales versus chilenos

Variable: Cobertura AUGE-GES ante tratamientos médicos en los últimos 12 meses por condiciones garantizadas por el sistema AUGE-GES (2013).

La encuesta CASEN también permite explorar la cobertura del plan nacional de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) de las 20 patologías de mayor prevalencia (ver Tabla 6). Para estimar la cantidad de personas en tratamiento por alguna condición médica específica se utilizó la pregunta "Durante los últimos 12 meses, ¿ha estado en tratamiento médico por...?", la cual, para este capítulo, se considera como proxy de necesidades de salud a largo plazo. Es importante informar que **esta pregunta solo registra el tratamiento que el encuestado considera como más importante**; por lo tanto, no permite determinar la prevalencia de estas condiciones sino solamente aproximarnos al uso efectivo de servicios de salud que la condición de salud reportada como más importante por el individuo o adulto responsable. Por otro lado, como indicador de cobertura AUGE-GES se utilizó la pregunta "Este tratamiento médico, ¿fue cubierto por el sistema AUGE-GES?".

En inmigrantes durante el año 2013, **un 13,3% afirmó estar en un tratamiento por alguna condición médica en los últimos 12 meses previos a la encuesta**. Este porcentaje fue bastante menor al de chilenos en esta misma situación (24,4% del total de nacidos en Chile del país, ver Tabla 6). En el caso de inmigrantes en tratamiento, la mayoría indica como el más importante "otra condición de salud", categoría distinta de las 20 principales preguntadas (42,7% de aquellos en tratamiento). Le sigue la hipertensión arterial, que corresponde además al principal tratamiento en población local. En ambas poblaciones diabetes y depresión representan una proporción considerable del total de individuos en tratamiento (Figura 5). Se analizó la cobertura reportada por población local e inmigrante de las 20 condiciones de tratamiento AUGE-GES incorporadas a la encuesta CASEN 2013 (Tabla 6). **Del grupo de inmigrantes en tratamiento por alguna de estas condiciones, el 72,1% se encontraba cubierto por el sistema de garantías explícitas en salud AUGE-GES.**

Tabla 6

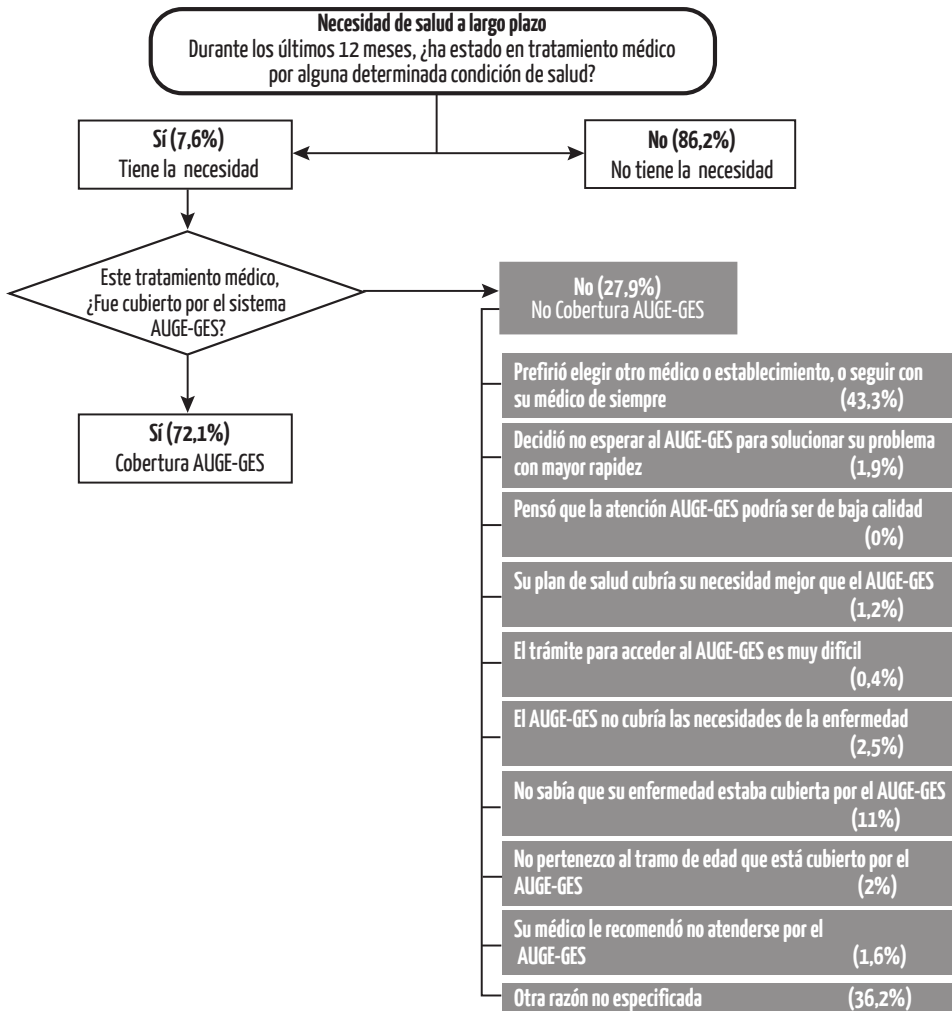
Condiciones médicas consultadas por tratamiento en los últimos 12 meses, para chilenos e inmigrantes, según la encuesta CASEN 2013.

	Chileno		Inmigrante	
Sí ha estado en tratamiento	24,4%	(4.070.216)	13,3%	(47.090)
No ha estado en tratamiento	75,0%	(12.523.943)	86,2%	(305.680)
No sabe/No recuerda	0,6%	(95.218)	0,5%	(1.811)
	Chileno		Inmigrante	
Hipertensión arterial	37,2%	1.513.245	23,0%	10.831
Urgencia odontológica	1,4%	56.943	2,6%	1.208
Diabetes	17,3%	702.538	14,2%	6.676
Depresión	5,9%	240.018	6,1%	2.883
Infarto agudo al miocardio	0,9%	37.094	0,4%	178
Cataratas	0,6%	24.111	0,3%	162
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,8%	72.496	1,3%	607
Leucemia	0,1%	4.493	0,0%	-
Asma bronquial moderada o grave	5,3%	215.804	5,4%	2.535
Cáncer gástrico	0,4%	14.942	0,1%	65
Cáncer cérvico uterino	0,7%	29.794	0,1%	55
Cáncer de mama	1,0%	39.975	0,8%	385
Cáncer de testículo	0,2%	8.145	0,0%	18
Cáncer de próstata	0,5%	19.235	0,1%	27
Colecistectomía preventiva	0,1%	3.788	0,0%	-
Insuficiencia renal crónica terminal	0,7%	26.718	0,8%	383

Accidente cerebral isquémico	0,4%	17.413	1,6%	741
Cáncer colorectal	0,1%	2.815	0,0%	-
Trastorno bipolar	0,3%	10.811	0,5%	241
Lupus	0,3%	12.002	0,0%	-
Otra condición de salud	25,0%	1.017.836	42,7%	20.095

Figura 5

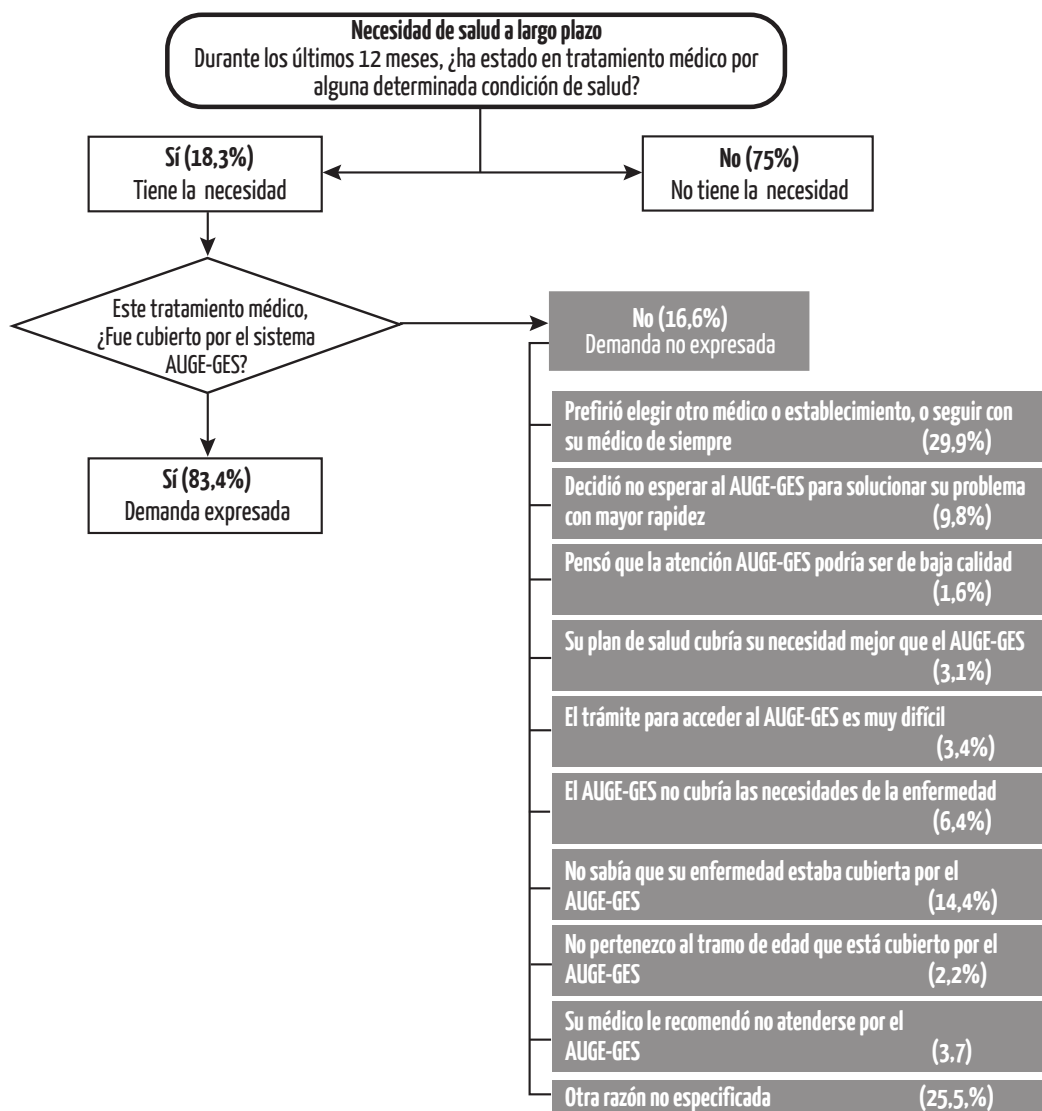
Demanda y uso efectivo de atención a salud para necesidades a largo plazo, en población migrante internacional. Encuesta CASEN 2013.



* El porcentaje de necesidad se obtiene a partir del total de inmigrantes del país (el 5,7% de los inmigrantes se encontraba en tratamiento pero por otra causa, distinta a las 20 preguntadas)
 * La Cobertura AUGE-GES, se obtiene solo considerando la cobertura por el tratamiento de las 20 condiciones de salud AUGE-GES consultadas y sin considerar la categoría "No sabe, no responde"
 * Los porcentajes sobre motivos de no cobertura, se obtuvieron sin considerar las categorías no sabe, no responde o no aplica.
 Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2013. Figura inspirada en Jadue et al. 2004 (24).

Figura 6

Demanda y uso efectivo de atención a salud para necesidades a largo plazo, en población chilena. Encuesta CASEN 2013.



* El porcentaje de necesidad se obtiene a partir del total de nacidos en Chile del país (el 6,1% de los chilenos se encontraba en tratamiento pero por otra causa, distinta a las 20 preguntadas)

** La Cobertura AUGE-GES, se obtiene solo considerando la cobertura por el tratamiento de las 20 condiciones de salud AUGE-GES consultadas y sin considerar la categoría "No sabe, no responde" (11,4% del total de chilenos en tratamiento por alguna de las 20 condiciones).

*** Los porcentajes sobre motivos de no cobertura, se obtuvieron sin considerar las categorías no sabe, no responde o no aplica.

Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2013. Figura inspirada en Jadue et al. 2004 (24).

En ambas poblaciones en estudio, la inmigrante y la chilena, la principal razón de demanda no expresada fue porque prefirió escoger otro médico o establecimiento o seguir con su médico de siempre (43,3% en inmigrantes y 29,9% en chilenos), lo cual corresponde más a una preferencia personal que a una necesidad de salud insatisfecha.

Del total de migrantes internacionales que reportó haber tenido cobertura (27,9%), **el 54% reflejó una necesidad no satisfecha**. Es decir, aquellos que indican no estar cubiertos porque: (i) decidió no esperar para acceder a la consulta a través de AUGE-GES para solucionar su problema con mayor rapidez; (ii) pensó que la atención AUGE podría ser de baja calidad; (iii) el trámite para acceder al AUGE o GES es muy difícil; (iv) el AUGE o GES no cubría las necesidades de la enfermedad; (v) no sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE; (vi) no pertenece al tramo de edad que está cubierto por el AUGE; u (vii) otra razón no especificada. En chilenos, del total de personas sin cobertura (16,6%) el porcentaje de personas con necesidad no satisfecha corresponde al 64,2% (ver Figura 6).

De esta manera, si bien los migrantes internacionales presentan un menor porcentaje de individuos en tratamiento médico que los chilenos, por alguna de las 20 condiciones de salud indicadas, son los chilenos quienes presentan un mayor porcentaje de necesidad insatisfecha.

Análogo a las necesidades a corto plazo, dada la compleja estructura del sistema de salud chileno, es importante analizar estos flujos de cobertura de servicios de salud según tipo de previsión, incluyendo sistema público y privado. Según previsión de salud, **inmigrantes sin previsión son quienes presentan la menor proporción de cobertura de tratamientos**. No obstante, el no tener previsión no es sinónimo de no acceder a cobertura AUGE-GES, ya que de cada 100 inmigrantes sin previsión que se encuentran en tratamiento por alguna de las condiciones indicadas, aproximadamente 20 se encuentran cubiertos. Esta situación no se presenta en población local en los cuales son los **chilenos con ISAPRE o con otro tipo de previsión los que presentan los menores porcentajes de cobertura** (Tabla 7).

Tanto en población chilena como inmigrante, en sujetos sin previsión de salud la primera causa de no cobertura es “otra razón no especificada” (76,4% en inmigrantes, 42,9% en chilenos); es decir, por un necesidad no satisfecha. En sujetos con FONASA se produce esta misma situación pero en menor magnitud (41,7% en inmigrantes, 25,8% en chilenos), seguido muy de cerca por “preferir otro médico o servicio de salud” (37,1% en inmigrantes, 25% en chilenos). Por el contrario, en sujetos con ISAPRE “preferir otro médico o servicio de salud” corresponde al primer motivo de no cobertura (73,3% en inmigrantes, 43,2% en chilenos) y son los inmigrantes los que presentan un menor porcentaje de necesidad no satisfecha (ver Tabla 8).

Similar a lo ocurrido en las necesidades de salud a corto plazo, **para ambas poblaciones son los hombres los que presentan un menor porcentaje de cobertura con la salvedad de que en inmigrantes la brecha entre hombres y mujeres es mayor que la brecha en población local**. Inmigrantes con postgrado completo/incompleto son quienes presentan los menores porcentaje de cobertura, apelando a otra razón sin especificar para no estar cubierto en el caso de los postgrados incompletos y a elegir otro médico o establecimiento en el caso de los completos (ver Tabla 7).

Concordante a lo observado según tipo de previsión de salud, son los quintiles de ingreso más altos los que presentan el menor porcentaje de cobertura. Además, en el caso de los inmigrantes, son los ocupados los que presentan un menor porcentaje de cobertura.

Finalmente, son los **menores de 15 años los que presentan la menor tasa de cobertura de necesidades expresadas en población inmigrante, llegando a un 55,6%** (ver Tabla 7).

Tabla 7

Cobertura AUGE-GES frente a tratamiento antes las 20 condiciones de salud consultadas por tratamiento en los 12 meses previos a la encuesta, según características socioeconómicas y demográficas. Para chilenos e inmigrantes. CASEN 2013.

		Chileno					Inmigrante				
		Tratamiento AUGE-GES Cubierto				Cobertura AUGE-GES	Tratamiento AUGE-GES Cubierto				Cobertura AUGE-GES
		Sí		no			Sí		No		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Previsión de salud	FONASA	2.024.510	89,8%	270.905	60,3%	88,2	16.181	90,8%	3.873	56,2%	80,7
	ISAPRE	149.329	6,6%	115.671	25,7%	56,4	981	5,5%	1.940	28,1%	33,6
	Ninguna	23.750	1,1%	9.337	2,1%	71,8	196	1,1%	801	11,6%	19,7
	Otra	40.464	1,8%	47.844	10,6%	45,8	415	2,3%	115	1,7%	78,3
	No sabe	15.981	0,7%	5.685	1,3%	73,8	55	0,3%	165	2,4%	25
Sexo	Hombre	839.523	37,2%	186.824	41,6%	81,8	4.467	25,1%	3.016	43,7%	59,7
	Mujer	1.414.511	62,8%	262.618	58,4%	84,3	13.361	74,9%	3.878	56,3%	77,5
Edad	[0-14)	100.757	4,5%	24.791	5,5%	80,3	158	0,9%	126	1,8%	55,6
	[15-29)	101.150	4,5%	48.581	10,8%	67,6	1.389	7,8%	825	12,0%	62,7
	[30-44)	224.385	10,0%	70.130	15,6%	76,2	3.810	21,4%	1.635	23,7%	70
	[45-59)	643.395	28,5%	137.343	30,6%	82,4	5.474	30,7%	2.056	29,8%	72,7
	60 o más	1.184.347	52,5%	168.597	37,5%	87,5	6.997	39,2%	2.252	32,7%	75,7
Nivel educacional	Sin Educación Formal	162.013	7,2%	15.829	3,6%	91,1	329	1,8%	68	1,0%	82,9
	Básica	987.799	43,8%	107.088	24,6%	90,2	5.364	30,1%	857	12,4%	86,2
	Media (Humanista o Tec.)	834.859	37,0%	174.504	40,1%	82,7	6.479	36,4%	2.431	35,3%	72,7
	Técnico Nivel Superior	99.473	4,4%	40.230	9,2%	71,2	776	4,4%	551	8,0%	58,5
	Profesional	147.588	6,5%	94.498	21,7%	61	4.722	26,5%	2.684	38,9%	63,8
	Postgrado Incompleto	1.232	0,1%	65	0,0%	95	0	0,0%	63	0,9%	0
	Postgrado Completo	7.602	0,3%	2.732	0,6%	73,6	158	0,9%	240	3,5%	39,7
	No sabe, No responde	13.468	0,6%	1.006	0,2%	93	0	0,0%	0	0,0%	-
Ocupación	Ocupados	809.727	37,6%	210.569	49,6%	79,4	9.268	52,5%	4.507	66,6%	67,3
	Desocupados	42.756	2,0%	13.683	3,2%	75,8	424	2,4%	16	0,2%	96,4
	Inactivos	1.300.794	60,4%	200.399	47,2%	86,7	7.978	45,1%	2.245	33,2%	78
Quintil de ingreso autónomo	I	537.253	23,8%	53.972	12,0%	90,9	2.854	16,1%	44	0,6%	98,5
	II	546.758	24,3%	61.013	13,6%	90	3.013	17,0%	116	1,7%	96,3
	III	514.355	22,8%	86.702	19,3%	85,6	3.535	20,0%	546	7,9%	86,6
	IV	413.460	18,4%	106.950	23,8%	79,4	4.938	27,9%	2.432	35,3%	67
	V	241.016	10,7%	140.622	31,3%	63,2	3.338	18,9%	3.756	54,5%	47,1
Zona	Urbano	1.924.015	85,4%	419.328	93,3%	82,1	17.148	96,2%	6.581	95,5%	72,3
	Rural	330.019	14,6%	30.114	6,7%	91,6	680	3,8%	313	4,5%	68,5

* Los niveles educacionales, básico, medio, técnico superior y profesional, corresponden a niveles completos e incompletos.

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

* Los porcentajes de cobertura AUGE GES no consideran categorías "no sabe", "no responde" y "no aploca", concordante con la metodología CASEN 2013.

Tabla 8

Motivos de no cobertura AUGE-GES, según previsión de salud. Para chilenos e inmigrantes. CASEN 2013.

	FONASA				ISAPRE				Ninguna				Otra			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
Prefirió elegir otro médico o establecimiento, o seguir con su médico de siempre	61.269	(25,0%)	1.176	(37,1%)	46.137	(43,2%)	1.385	(73,3%)	1.584	(19,0%)	58	(8,2%)	13.336	(30,1%)	0	(0,0%)
Decidió no esperar al AUGE-GES para solucionar su problema con mayor rapidez	29.897	(12,2%)	0	(0,0%)	7.410	(6,9%)	113	(6,0%)	445	(5,3%)	0	(0,0%)	1.804	(4,1%)	0	(0,0%)
Pensó que la atención AUGE-GES podría ser de baja calidad	4.118	(1,7%)	0	(0,0%)	2.466	(2,3%)	0	(0,0%)	77	(0,9%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Su plan de salud cubría su necesidad mejor que el AUGE-GES	2.142	(0,9%)	72	(2,3%)	6.850	(6,4%)	0	(0,0%)	489	(5,9%)	0	(0,0%)	3.291	(7,4%)	0	(0,0%)
El trámite para acceder al AUGE-GES es muy difícil	10.047	(4,1%)	22	(0,7%)	2.918	(2,7%)	0	(0,0%)	540	(6,5%)	0	(0,0%)	175	(0,4%)	0	(0,0%)
El AUGE-GES no cubría las necesidades de la enfermedad	17.013	(6,9%)	153	(4,8%)	6.223	(5,8%)	0	(0,0%)	123	(1,5%)	0	(0,0%)	1.115	(2,5%)	0	(0,0%)
No sabía que su enfermedad estaba cubierta por el AUGE-GES	40.970	(16,7%)	284	(9,0%)	9.194	(8,6%)	346	(18,3%)	1.134	(13,6%)	35	(4,9%)	6.124	(13,8%)	0	(0,0%)
No pertenezco al tramo de edad que está cubierto por el AUGE-GES	6.639	(2,7%)	44	(1,4%)	1.332	(1,2%)	0	(0,0%)	138	(1,7%)	74	(10,4%)	866	(2,0%)	0	(0,0%)
Su médico le recomendó no atenderse por el AUGE-GES	9.744	(4,0%)	98	(3,1%)	4.189	(3,9%)	0	(0,0%)	238	(2,8%)	0	(0,0%)	847	(1,9%)	0	(0,0%)
Otra razón	63.361	(25,8%)	1.323	(41,7%)	20.195	(18,9%)	46	(2,4%)	3.585	(42,9%)	542	(76,4%)	16.789	(37,9%)	115	(100,0%)

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

7. Problema de acceso a atención en salud, en mayores de 15 años durante los últimos 12 meses (2013)

A diferencia de años anteriores, la encuesta CASEN correspondiente al año 2013 permite analizar la presencia de **problemas de acceso a atención en salud** para mayores de 15 años **a lo largo de todo el año**. Esto mediante las preguntas: "Durante los últimos 12 meses (exceptuando consultas de urgencia), ¿se le han presentado los siguientes problemas? a) Problemas para llegar a la consulta, hospital, consultorio, etc. b) Problemas para conseguir una cita/atención (hora) c) Problemas para ser atendido d) Problemas para pagar por la atención debido al costo e) Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo". En base a estas 5 preguntas también es posible generar un indicador global de problemas de acceso a atención en salud a lo largo de año, en el cual se considera como presencia de problemas para atención en salud a aquellos sujetos que presentaron por lo menos uno de todos los problemas consultados.

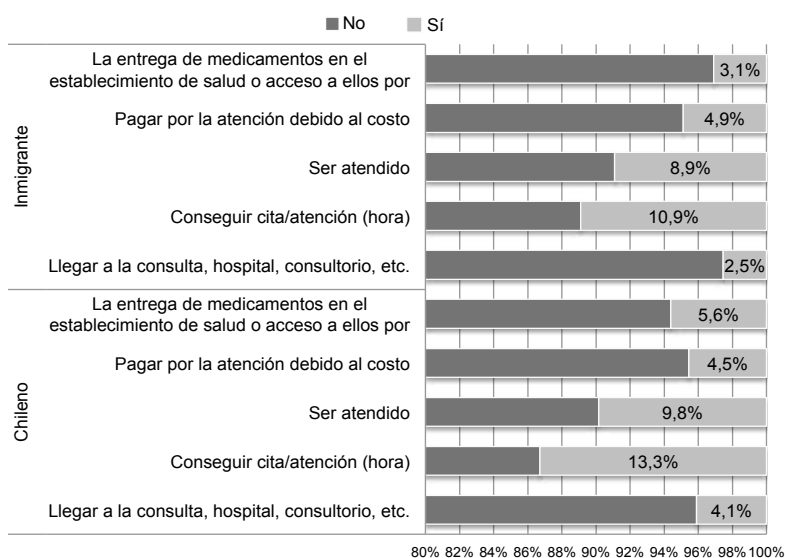
Es así como a lo largo de 12 meses se pueden presentar problemas de salud de diversa naturaleza y gravedad ante los cuales se pueden presentar dificultades para acceder a atención de salud. **A excepción de pagar por la atención debido al costo, el problema que se presenta en mayor proporción, en población local e inmigrante, es al intentar conseguir cita/atención.** En inmigrantes el 10,9% de los mayores de 15 años (en los que aplicaba la situación) presentaron problemas para conseguir cita o atención, mientras que en población local este porcentaje corresponde a un 13,3%. Para el resto de los problemas consultados la proporción de la población que presenta problemas no alcanza ni a la décima parte de los mayores de 15 años. Aun así no se deben perder de vista los problemas para ser atendido, ya que el 8,9% de los inmigrantes mayores de 15 años declaró haber presentado problemas en este ítem, porcentaje que asciende a un 9,8% en la población local (ver Figura 7). Cabe resaltar que estas preguntas no incluyen consultas por urgencias, las cuales en la literatura internacional figuran como una fuente importante de consultas en población inmigrante.

Esta información, con la precaución de que son poblaciones y temporalidades diferentes, es complementaria a los motivos de no consulta por problemas de salud a corto plazo, entre los cuales el no conseguir hora (cita) figura como una de las principales razones para no consultar (segundo lugar en inmigrantes, quinto lugar en chilenos, ver Figura 3 y 4), sobre todo en población migrante internacional.

Al observar los problemas consultados por variables sociodemográficas, se aprecian situaciones similares entre chilenos e inmigrantes. Por ejemplo, son aquellos afiliados a FONASA los que presentan una mayor proporción de la población que afirmó haber ostentado alguno de los problemas consultados (20,5% en chilenos versus 16,4% en inmigrantes). Así mismo, son los hombres, los habitantes de zonas urbanas, los sujetos sin educación formal y los dos quintiles más bajos de ingreso los que presentan mayores porcentajes de haber tenido alguno de los problemas de acceso a atención de salud consultado (ver Tabla 9). Una de las principales diferencias entre chilenos e inmigrantes se observa en los grupos etarios, en donde son los adultos mayores chilenos los que presentan una mayor proporción de personas que afirmaron tener alguno de los problemas consultados (27,3%). En inmigrantes, en cambio, son aquellos en el tramo entre 45 y 59 años lo que presentan el mayor porcentaje de personas con problemas en alguno de los ítems consultados (22,8%).

Figura 7

Presencia de problemas por consultas durante los últimos 12 meses (exceptuando consultas de urgencia), en población local e inmigrante. Encuesta CASEN 2013.



* Para el cálculo de la proporción de problemas, se eliminó en cada caso las categorías "no sabe", "no aplica" (correspondiente a quienes no requirieron atenciones de salud durante los últimos 12 meses, o quienes sólo requirieron consultas de urgencia).

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

Tabla 9

Problemas de acceso a atención en salud en los 12 meses previos a la encuesta (mayores de 15 años), según características socioeconómicas y demográficas. Para chilenos e inmigrantes. CASEN 2013.

		Chileno					Inmigrante				
		Problemas de acceso a atención en salud durante el año				% con problemas de acceso	Problemas de acceso a atención en salud durante el año				% con problemas de acceso
		Sí		No			Sí		No		
		n	%	n	%	18,2	n	%	n	%	13,9
Previsión de salud	FONASA	1.963.961	88,8%	7.627.893	76,6%	20,5	32.443	81,3%	165.004	66,7%	16,4
	ISAPRE	129.294	5,8%	1.548.882	15,5%	7,7	3.403	8,5%	50.162	20,3%	6,4
	Ninguna	44.114	2,0%	297.556	3,0%	12,9	3.100	7,8%	20.196	8,2%	13,3
	Otra	50.792	2,3%	312.807	3,1%	14	669	1,7%	6.082	2,5%	9,9
	No sabe	22.843	1,0%	175.428	1,8%	11,5	291	0,7%	5.768	2,3%	4,8
Sexo	Hombre	798.760	36,1%	4.777.408	48,0%	14,3	11.933	29,9%	115.651	46,8%	9,4
	Mujer	1.412.244	63,9%	5.185.158	52,0%	21,4	27.973	70,1%	131.561	53,2%	17,5
Edad	[15-29)	469.757	21,2%	3.231.956	32,4%	12,7	10.872	27,2%	88.932	36,0%	10,9
	[30-44)	446.873	20,2%	2.412.072	24,2%	15,6	13.337	33,4%	99.115	40,1%	11,9
	[45-59)	569.824	25,8%	2.386.636	24,0%	19,3	10.850	27,2%	36.798	14,9%	22,8
	60 o más	724.550	32,8%	1.931.902	19,4%	27,3	4.847	12,1%	22.367	9,0%	17,8
Nivel educacional	Sin Educación Formal	99.557	4,5%	228.222	2,3%	30,4	755	1,9%	834	0,3%	47,5
	Básica	766.934	34,7%	2.245.327	22,5%	25,5	5.415	13,6%	26.626	10,8%	16,9
	Media (Humanista o Tec.)	977.530	44,2%	4.696.535	47,1%	17,2	17.334	43,4%	124.045	50,2%	12,3
	Técnico Nivel Superior	129.522	5,9%	868.990	8,7%	13	2.964	7,4%	25.467	10,3%	10,4
	Profesional	210.515	9,5%	1.753.020	17,6%	10,7	12.939	32,4%	56.655	22,9%	18,6
	Postgrado Incompleto	6.935	0,3%	38.165	0,4%	1,5	0	0,0%	2.619	1,1%	0
	Postgrado Completo	9.520	0,4%	88.530	0,9%	9,7	499	1,3%	8.664	3,5%	5,4
No sabe, No responde	10.491	0,5%	43.777	0,4%	19,3	0	0,0%	2.302	0,9%	0	
Ocupación	Ocupados	942.288	42,6%	5.413.536	54,3%	14,8	26.290	65,9%	179.783	72,7%	12,8
	Desocupados	105.463	4,8%	385.124	3,9%	21,5	1.517	3,8%	7.093	2,9%	17,6
	Inactivos	1.163.253	52,6%	4.163.906	41,8%	21,8	12.099	30,3%	60.336	24,4%	16,7
Quintil de ingreso autónomo	I	580.671	26,3%	1.850.349	18,6%	23,9	4.924	12,3%	27.488	11,2%	15,2
	II	555.290	25,1%	2.074.288	20,8%	21,1	12.668	31,8%	32.335	13,2%	28,1
	III	485.575	22,0%	2.106.093	21,2%	18,7	6.126	15,4%	41.177	16,8%	13
	IV	379.574	17,2%	2.053.403	20,6%	15,6	6.750	16,9%	65.779	26,9%	9,3
	V	209.000	9,5%	1.868.282	18,8%	10,1	9.422	23,6%	78.058	31,9%	10,8
Zona	Urbano	1.859.600	84,1%	8.728.504	87,6%	17,6	37.510	94,0%	236.887	95,8%	13,7
	Rural	351.404	15,9%	1.234.062	12,4%	22,2	2.396	6,0%	10.325	4,2%	18,8

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta CASEN 2013.

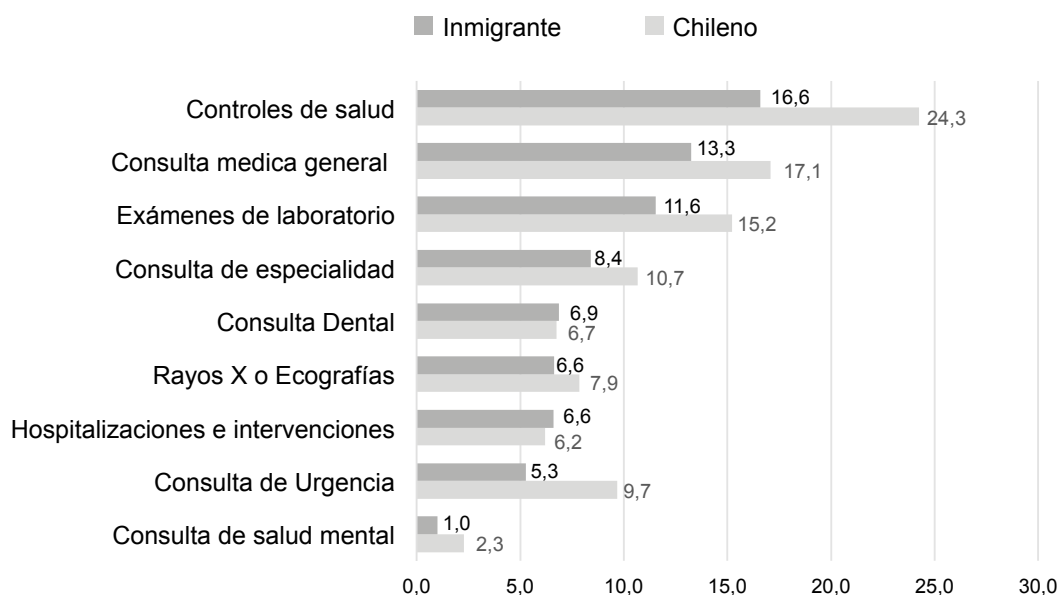
8. Tasa de atención de salud por tipo de prestación

Mediante la encuesta CASEN es posible determinar la tasa de atención de salud para algunas prestaciones específicas de salud tales como: (i) controles de salud, (ii) exámenes de laboratorio, (iii) rayos x o ecografías, (iv) hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, y consultas para (v) médico general, (vi) especialidad, (vii) dental, (viii) urgencia y (ix) salud mental.

En general, las tasas de atención para las diferentes prestaciones son más altas en población local que inmigrante. Las únicas excepciones corresponden a hospitalizaciones e intervenciones y a atención dental. En la primera, la población inmigrante supera a la local por un valor marginal de 0,4 puntos (6,6×100 en inmigrantes vs 6,2×100 en chilenos). En la atención dental, los valores son de 6,9×100 en inmigrantes vs 6,7×100 en chilenos (ver Figura 8).

Figura 8

Tasa de atención de salud por tipo de prestación en población local e inmigrante. Encuesta CASEN 2013.



* A excepción de hospitalizaciones e intervenciones las cuales están referidas a los últimos 12 meses, todos los tipos de prestaciones son referidas a los últimos 3 meses.

* Tasa de atención de salud por tipo de prestación corresponde al número de personas que accedieron a la prestación de salud consultadas en los últimos 3 meses, por cada 100 personas. No se considera a aquellos que no responden para este cálculo.

Fuente elaboración propia a partir de la encuesta CASEN 2013.

Tanto para chilenos como para inmigrantes la principal razón de hospitalización fue por enfermedades que requirieron de una intervención quirúrgica (46,8% de los que se hospitalizaron o intervinieron en población local versus 36,8% de los que se hospitalizaron o intervinieron en población inmigrante). En el caso de la población local, la segunda razón fue por enfermedades que requirieron tratamiento (28,4% local versus 18,7% inmigrantes). Sin embargo, en inmigrantes la segunda razón fue partos normales o inducidos superando ampliamente al porcentaje de mujeres chilenas en esta situación (6,4% local vs 20% inmigrantes) (ver Tabla 10).

Llama la atención que, de no considerar hospitalizaciones por embarazos o partos en este análisis, son los migrantes internacionales los que se hospitalizan en mayor proporción por enfermedades que requieren intervenciones quirúrgicas que la población local (ver Tabla 10).

Tabla 10

Hospitalizaciones e intervenciones durante los 12 meses previos a la encuesta, según condición migratoria. CASEN 2013.

	Total		%		% Sin embarazo o parto	
	Chileno	Inmigrante	Chileno	Inmigrante	Chileno	Inmigrante
Por enfermedad que requirió intervención quirúrgica	483.488	8.573	46,8%	36,8%	55,9%	57,2%
Por enfermedad que sólo requirió tratamiento médico	292.920	4.349	28,4%	18,7%	33,9%	29,0%
Por accidente que requirió intervención quirúrgica	39.798	1.002	3,9%	4,3%	4,6%	6,7%
Por accidente que sólo requirió tratamiento médico	21.783	425	2,1%	1,8%	2,5%	2,8%
Por otra razón	27.056	651	2,6%	2,8%	3,1%	4,3%
Por embarazo	47.042	1.359	4,6%	5,8%	-	-
Por parto normal o inducido	66.033	4.667	6,4%	20,0%	-	-
Por cesárea	53.880	2.293	5,2%	9,8%	-	-

Fuente elaboración propia a partir de la encuesta CASEN 2013.

9. Conclusiones

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población. Chile se ha adscrito al marco normativo de protección social de la salud, que en teoría no distingue diferencias de acceso y uso de servicios según sexo, edad, raza o –potencialmente– estatus migratorio.

La protección de la salud por parte de migrantes internacionales es de preocupación global en la actualidad. En los últimos años el escenario mundial se ha visto desafiado por grandes masas de personas que se han movilizado desde países empobrecidos o en guerra hacia países más ricos y prósperos, como medida de supervivencia a las insostenibles condiciones en las que se encontraban en sus países de origen. El problema actual de la migración internacional no respeta sexo, edad, nivel socioeconómico, ni etnia. Más aun, nos obliga a atender la protección urgente de derechos humanos fundamentales, en particular dada la vulnerabilidad social, económica, política y de salud, que estas personas y familias experimentan durante este proceso migratorio.

El propósito de este capítulo fue aportar conocimiento nuevo y actualizado acerca de las condiciones de acceso al sistema de salud chileno y uso de servicios de salud disponibles, por parte de migrantes internacionales, y compararlo con la población local chilena. Dicha comparación permite identificar brechas de desigualdad en acceso y uso que pueden estar impactando de manera negativa en la salud de la población migrante en nuestro país, y que son potencialmente modificables.

Para este capítulo, se realizó un análisis detallado de la encuesta poblacional nacional CASEN 2013. Se observaron patrones generales de población que se auto-reporta como migrante internacional (esto es, que responde que su madre vivía en un país distinto de Chile cuando nació) y compararla con quienes se reportan como nacidos en Chile. Son fortalezas de esta base de datos: (i) es de representación nacional, (ii) cuenta con una amplia diversidad de variables demográficas, socioeconómicas y de acceso y uso a servicios de salud. No obstante, tiene como gran limitación que su proceso de selección muestral no busca representar a la población migrante internacional en particular. Además, la variable de país de nacimiento (que permite la estratificación entre inmigrante y chileno) cuenta con porcentajes relativamente altos de no respuesta o datos perdidos, lo que dificulta su utilización para análisis e interpretación de datos. Por otra parte, algunos de los análisis realizados utilizan sub-muestras de la encuesta poblacional CASEN 2013 que, como todo análisis secundario de datos, presenta riesgo de sesgo por elevado error muestral. No obstante lo anterior, el análisis presentado en este capítulo permite al menos explorar y relevar patrones generales que como hipótesis de trabajo se pueden ir a contrastar a futuro.

Una síntesis de los principales hallazgos de este estudio se presenta en el Cuadro 4. Se espera que este capítulo sirva para generar nueva investigación en Chile sobre esta materia, en favor del bienestar y salud de toda la población que reside en territorio chileno, incluyendo aquella migrante internacional.

Cuadro 4

Síntesis de principales resultados de este capítulo. Acceso y uso efectivo de servicios por parte de migrantes internacionales y población chilena local. Encuesta CASEN.

Acceso al sistema de salud (tipo de previsión):

La mayor proporción de la población migrante internacional se encuentra afiliada al sistema público de salud (FONASA).

La mayor proporción de migrantes con acceso a salud corresponde a sujetos entre los 15 y 45 años de edad.

El 2013 un 8,9% de los inmigrantes del país afirmaban no tener previsión de salud, valor que casi cuadruplica al de los chilenos en esta misma situación (25% del total de la población local).

Al analizar según sexo, son las mujeres inmigrantes las que presentaron un mayor porcentaje de afiliadas al sistema público de salud con un 72,2% del total (versus 64,4% de los hombres inmigrantes afiliados a Fonasa). La mayoría de los inmigrantes sin previsión de salud o con otro tipo de previsión de salud corresponde a hombres.

Al analizar según grupo etario, el grupo de inmigrantes de 0-14 años es el que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud (12,3%).

Existe una relación entre nivel socioeconómico y tipo de previsión en migrantes internacionales en Chile. En el caso de aquellos inmigrantes sin previsión de salud, un 25,9% de ellos posee un nivel de educación media o menor y tan solo un 20,2% son profesionales o postgrados. La mayoría de inmigrantes con nivel profesional o postgrado se encuentra afiliado a Isapre.

Uso de servicios de salud de corto plazo (últimos tres meses):

Los inmigrantes presentaron tasas muy similares de atención médica por necesidades de salud de corto plazo comparado con los chilenos (91.1 x 100 inmigrantes vs 92.2 x 100 nacidos en Chile).

Llama la atención el alto porcentaje de inmigrantes que intentó pedir hora al sistema de salud pero no la obtuvo (demanda de salud expresada pero no satisfecha) (24,5%), siendo esta la segunda principal causa de no consulta en este grupo.

Tanto en chilenos como en inmigrantes, son los individuos sin previsión de salud los que presentan menores tasas de atención médica (59.7 x 100 inmigrantes vs 79 x 100 nacidos en Chile).

Uso de servicios de salud de largo plazo (últimos 12 meses):

Un 13,3% de inmigrantes afirmó estar en un tratamiento por alguna condición médica en los últimos 12 meses previos a la encuesta (versus 24,4% en chilenos).

Del grupo de inmigrantes en tratamiento por alguna de las 20 condiciones específicas, el 72,1% se encontraba cubierto por el sistema de garantías explícitas en salud. Este porcentaje es 11,3 puntos porcentuales menores que el de los chilenos en esta misma situación.

Si bien los migrantes internacionales presentan un menor porcentaje de individuos en tratamiento médico que los chilenos, por alguna de las 20 condiciones de salud indicadas, son los chilenos quienes presentan un mayor porcentaje de necesidad insatisfecha.

Inmigrantes sin previsión son quienes presentan la menor proporción de cobertura de tratamientos, mientras que chilenos con ISAPRE o con otro tipo de previsión los que presentan los menores porcentajes de cobertura.

10. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

A partir de los resultados de este capítulo se pueden identificar necesidades específicas, que a su vez se pueden formular en torno a recomendaciones generales y específicas para las dimensiones de: (i) sistema de salud, (ii) comunidad, (iii) intersector y relaciones internacionales, e (iv) investigación. La Tabla 8 a continuación describe en detalle cada una de estas necesidades y recomendaciones.

Se explicitan cinco necesidades asociadas a acceso y uso de servicios de salud por parte de migrantes internacionales en nuestro país, y que emergen de los hallazgos de este capítulo:

1. Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en acceso a salud por parte de población migrante.
2. Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en uso de servicios de salud por parte de población migrante.
3. Se reconoce la necesidad de fortalecer el vínculo entre el sistema de salud chileno y la comunidad migrante internacional en Chile, de tal forma de incentivar el uso de servicios disponibles.
4. Existe la necesidad de incorporar un enfoque de salud en todas las políticas que permitan, desde los determinantes sociales de la salud, proteger la salud y bienestar de migrantes antes de la aparición de problemas de salud de corto y largo plazo.
5. Existe la clara necesidad de mejorar la evidencia disponible en la actualidad acerca del uso de servicios de salud por parte de población migrante internacional en Chile, no solo de manera ocasional transversal sino que de manera rutinaria.

Cada una de estas necesidades identificadas se transfiere a una lista de recomendaciones generales y específicas. Destacan como las principales cinco recomendaciones generales (una para cada una de las necesidades señaladas):

1. Desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, en particular grupos con algún tipo de vulnerabilidad socio-demográfica.
2. Desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de uso de servicios a corto y a largo plazo por parte de migrantes internacionales.
3. Se recomienda el diseño de intervenciones que consideren un enfoque de participación social de la comunidad migrante internacional y que acerquen el sistema de salud chileno a esta población.
4. Existe la oportunidad de incorporar desde el inicio de una política de salud migratoria en Chile, que aún no se redacta, el enfoque de salud en todas las políticas. Esto permitiría una mirada amplia de los factores que afectan la salud y bienestar subjetivos de las personas, no quedándose solamente en el nivel del sistema de salud sino también incorporando otras dimensiones esenciales de la vida como educación, trabajo, vivienda, transporte, entre otras.
5. Es urgente desarrollar más y mejor investigación en torno al proceso migratorio internacional y sus efectos en el acceso y uso de servicios de salud.

Tabla 8

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud: ACCESO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en acceso a salud por parte de población migrante: <ul style="list-style-type: none"> • El 2013 un 8,9% de los inmigrantes del país afirmaban no tener previsión de salud. • La mayoría de los inmigrantes sin previsión de salud o con otro tipo de previsión de salud corresponde a hombres. • El grupo de inmigrantes de 0-14 años es el que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud (12,3%). 	<p>A partir de los resultados presentados en este capítulo, surge la recomendación general de desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de migrantes internacionales, en particular grupos con algún tipo de vulnerabilidad socio-demográfica.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las estrategias de entrega de información y conocimiento acerca del sistema de salud chileno hacia población migrante, en especial hombres adultos que en la actualidad no pertenecen a ningún tipo de previsión. - Focalizar dichas estrategias de entrega de información y conocimiento del sistema de salud en familias con población migrante infantil, entre 0-14 años. Si bien este grupo etario tiene cobertura universal de control sano y morbilidad de salud, es posible que parte de la población migrante desconoce dicho beneficio si aún no se adscribe al sistema de salud. - Explicitar como meta sanitaria urgente el que una mayor proporción de migrantes internacionales estén inscritos en el sistema de salud. Especial atención en este punto a población infantil en situación irregular como meta sanitaria de cobertura y equidad en salud.

<p>Dimensión: Sistema de Salud:</p> <p>USO DE SERVICIOS</p>	<p>2. Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en uso de servicios de salud por parte de población migrante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En uso de servicios a corto plazo, se observó un alto porcentaje de inmigrantes que intentó pedir hora al sistema de salud pero no la obtuvo (demanda de salud expresada pero no satisfecha) (24,5%), • En uso de servicios de largo plazo, un 13,3% de inmigrantes afirmó estar en un tratamiento por alguna condición médica en los últimos 12 meses previos a la encuesta (versus 24,4% en chilenos). 	<p>A partir de los resultados presentados en este capítulo, surge la recomendación general de desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de uso de servicios a corto y a largo plazo por parte de migrantes internacionales.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer y difundir mecanismos concretos a nivel primario de salud y de especialidad para reducir el porcentaje de migrantes que están solicitando atención de salud a corto plazo pero no la consiguen. - Establecer y difundir mecanismos concretos y focalizados a nivel primario de salud y secundario hospitalario para reducir el porcentaje de migrantes que están solicitando atención de salud a largo plazo pero no la consiguen. - Mejorar el registro de atención de población migrante internacional como práctica habitual del sistema de salud (formalizar en protocolos de atención la pregunta sobre país de origen y estatus migratorio a nivel primario y secundario), de tal manera de objetivar la información disponible en la actualidad sobre uso de servicios por parte de este grupo. - Desarrollar inteligencia en salud pública para monitoreo y vigilancia del uso de servicios por parte de esta población, de manera vinculante tanto a nivel central de autoridad sanitaria como municipal.
<p>Dimensión: Comunidad</p>	<p>Se reconoce la necesidad de fortalecer el vínculo entre el sistema de salud chileno y la comunidad migrante internacional en Chile, de tal forma de incentivar el uso de servicios disponibles.</p>	<p>Se recomienda el diseño de intervenciones que consideren un enfoque de participación social de la comunidad migrante internacional y que acerquen el sistema de salud chileno a esta población.</p> <p>Para ello, se proponen las siguientes recomendaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnósticos comunitarios de necesidades de acceso y uso de salud de población migrante internacional, y contrastar estas necesidades con los servicios disponibles en la actualidad, en especial aquellos que no son indiferentes al estatus migratorio de la persona. - Incorporar a líderes comunitarios de población migrante internacional como parte de equipos de diseño o de investigación de nuevas intervenciones de atención de salud que se están planificando a nivel municipal de salud primaria. - Similar a lo anterior, incorporar a líderes comunitarios de población migrante internacional como parte de equipos de diseño o de investigación de nuevas intervenciones de atención de salud que se están planificando a nivel hospitalario.

<p>Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>Existe la necesidad de incorporar un enfoque de salud en todas las políticas que permitan, desde los determinantes sociales de la salud, proteger la salud y bienestar de migrantes antes de la aparición de problemas de salud de corto y largo plazo.</p>	<p>Existe la oportunidad de incorporar desde el inicio de una política de salud migratoria en Chile, que aún no se redacta, el enfoque de salud en todas las políticas. Esto permitiría una mirada amplia de los factores que afectan la salud y bienestar subjetivos de las personas, no quedándose solamente en el nivel del sistema de salud sino también incorporando otras dimensiones esenciales de la vida como educación, trabajo, vivienda, transporte, entre otras. Esto es relevante a nivel nacional amplio, pero también a nivel internacional en términos de acuerdos bilaterales con países del cono sur y central, así como de otros continentes del mundo. Esto debería considerar, en la medida de lo posible, un plan estratégico de desarrollo a mediano y largo plazo.</p> <p>Para ello, algunas recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una campaña de sensibilización y trabajo sostenido con el intersector en materia migratoria como prioridad nacional, en especial Ministerios de Hacienda, Desarrollo Social, Trabajo, Educación y Vivienda. - Abogar por la redacción de una política de salud migratoria inclusiva e intersectorial, con enfoque de derecho y de salud en todas las políticas. Idealmente, debe surgir de un trabajo sostenido y detallado de diagnósticos de situación y que respondan a la actual “ventana de oportunidad política” dada la severidad del problema migratorio a nivel mundial y nacional. - Desarrollar una estrategia concreta y de largo aliento de acuerdos bi y multilaterales con países vecinos y otros que representan los de mayor frecuencia de ingreso de migrantes a Chile en la actualidad. Esto requiere primero la definición de esta iniciativa como prioridad país, pero puede contar con el apoyo de organizaciones internacionales preocupadas por la temática como la Organización Internacional para las Migraciones, IOM; la Organización Mundial de la Salud, OMS (OPS); UNICEF, FLACSO, entre otros.
<p>Dimensión: investigación</p>	<p>Existe la clara necesidad de mejorar la evidencia disponible en la actualidad acerca del uso de servicios de salud por parte de población migrante internacional en Chile, no solo de manera ocasional transversal sino que idealmente de manera rutinaria y con enfoque de curso de vida.</p>	<p>Es urgente desarrollar más y mejor investigación en torno al proceso migratorio internacional y sus efectos en el acceso y uso de servicios de salud.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el registro de atención de población migrante internacional como práctica habitual del sistema de salud (formalizar en protocolos de atención la pregunta sobre país de origen y estatus migratorio a nivel primario y secundario), de tal manera de objetivar la información disponible en la actualidad sobre uso de servicios por parte de este grupo. - Desarrollar inteligencia en salud pública para monitoreo y vigilancia del uso de servicios por parte de esta población, de manera vinculante tanto a nivel central de autoridad sanitaria como municipal. - Abogar por el estudio del proceso de migración en sí mismo, como determinante crítico de la salud de las poblaciones migrantes y receptoras en Chile, la región y el mundo. - Se requiere de un enfoque de curso de vida en el estudio de la migración internacional, dado que la mayoría de los estudios apuntan al proceso migratorio cuando ya ocurrió (ex post) y no desde su inicio en el país de origen.

11. Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Garantía de Calidad en la Atención de Salud Chile. Santiago: Ministerio de Salud de Chile., 2012.
2. OPS, FONASA. INDICADORES PARA EVALUAR LA PROTECCION SOCIAL DE LA SALUD. Santiago: 2009.
3. Letelier LM, Bedregal P. Health reform in Chile. *Lancet*. 2006;368(9554):2197-8. Epub 2006/12/26.
4. Chile Mdsd, Salud Sd. EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS E IMPACTOS DE LA REFORMA SANITARIA AL SISTEMA DE SALUD DE CHILE Santiago: 2003.
5. Mardones-Restat F, de Azevedo AC. The essential health reform in Chile: a reflection on the 1952 process. *Salud publica de Mexico*. 2006;48(6):504-11. Epub 2007/03/01.
6. Mundt E. [Comments on possible consequences of health reform plans in Chile]. *Revista medica de Chile*. 2003;131(11):1345. Epub 2004/01/28. Comentario sobre eventuales consecuencias del plan AUGÉ.
7. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2161-70. Epub 2010/12/08.
8. Cabieses B, Bird P. Glossary of access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 2014;44(4):845-61. Epub 2015/01/30.
9. W. P. The dimension of primary care: blueprints for care. In: S A, editor. *Primary care, where the system fails*. New York: Wiley; 1974. p. 15-77.
10. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*. 1983;1(4):179-85. .
11. A. D. Aspects of medical care administration. . Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
12. Mdntrye D, Thiede M, S. B. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Econ Policy Law*. 2009;4(2):179-93.
13. Fajardo-Dolci G, Gutierrez JP, García-Saio S. [Effective access to health services: operationalizing universal health coverage]. *Salud publica de Mexico*. 2015;57(2):180-6. Epub 2015/08/04. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud.
14. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*. 1974;9(3):208-20. Epub 1974/01/01.
15. Penchansky R, JW. T. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. . *Med Care* 1981;19(2):127-40.
16. M; G, P S. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. . *Soc Sci Med* 2001;53(9):1149-62.
17. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of epidemiology and community health*. 2004;58(8):655-8. Epub 2004/07/15.
18. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, Makemba A, Mshana C, Nathan R. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS Med* 2007;4(10):1584-8.
19. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1136:161-71.
20. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*. 2012;14(1):146-55.
21. A. E. Managed competition of alternative delivery systems. . *J Health Polit Policy Law*. 1988;13(2):305-21.
22. Fortney JC, Burgess JF, Bosworth HB, Booth BM, PJ. K. A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of General Internal Medicine*. 2011;26(2):639-47.
23. Irfan FB, Irfan BB, DA. S. Barriers to accessing surgical care in Pakistan: healthcare barrier model and quantitative systematic review. *Journal of Surgical Research*. 2012;176(1):84-94.
24. Jadue L, Delgado I, Sandoval H, Cabezas L, Vega J. [Analysis of the new health module of the National Socioeconomic Characterization Survey 2000]. *Revista medica de Chile*. 2004;132(6):750-60. Epub 2004/08/31. Analisis del nuevo Modulo de Salud de la Encuesta CASEN 2000.
25. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/h/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.
26. Vasquez A, Cabieses B, Tunstall H. Where Are Socioeconomically Deprived Immigrants Located in Chile? A Spatial Analysis of Census Data Using an Index of Multiple Deprivation from the Last Three Decades (1992-2012). *PLoS one*. 2016;11(1):e0146047. Epub 2016/01/13.
27. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile*. Santiago: UDD; 2016.
28. Cabieses B, Delgado I, Bernaldes M, Obach A. Access to Healthcare Among International Immigrants in Chile: Repeated Cross-Sectional Analysis of Casen Survey 2006-2009-2011. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2015;18(7):A849. Epub 2015/11/05.
29. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista medica de Chile*. 2013;141(10):1255-65. Epub 2014/02/14.
30. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012;11:68. Epub 2012/11/20.
31. Ministerio de Salud C. Orientaciones técnicas: Plan Piloto de Salud de Inmigrantes. Santiago, Chile: MINSAL, 2014.
32. Chilean Ministry of Social Development. CASEN 2009. Encuesta de caracterización socioeconomica nacional. Documento metodologico. Santiago: Mideplan; 2009 [cited 2010 October]; Available from: <http://www.MIDEPLAN.cl/casen/index.html>

12. Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH y miembro red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.

Email: bcabieses@udd.cl

Marcela Oyarte, MSc

Estadístico y Msc(c) en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: desigualdad social en salud, migración y salud.

Email: mdoyarte@uc.cl

Iris Delgado, PhD(c)

Profesora de Matemáticas, Magister en Bioestadística de la Universidad de Chile, PhD[®] en Biomedicina con mención en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, España. Actualmente profesor asociado e investigador del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Principales líneas de investigación. Desigualdad en Salud, Evaluación de Políticas Públicas en la salud y en equidad en salud.

Email: idelgado@udd.cl

13. Fuentes de financiamiento

Este capítulo fue redactado con apoyo de los siguientes proyectos concursables:

Fondecyt 11130042 "Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos".

Proyecto Interfacultad Universidad del Desarrollo "Pobreza multidimensional, salud auto-percibida y acceso efectivo a salud en Chile: generando conocimiento crítico para la acción en red en salud pública".



Capítulo 10

Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local

Marcela Oyarte, MSc(c)

Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Iris Delgado, PhD(c)

Profesora asociada, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo



1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Como fuente de información los egresos hospitalarios permiten analizar tanto morbilidad como uso, oferta, demanda y calidad de los servicios de salud, según sea la patología explorada.
- En la literatura internacional se registra que los servicios de atención secundaria son utilizados por la población inmigrante, en algunos casos sin previo uso a nivel primario. Además los servicios por ONG o municipios se relegan a nivel circunstancial y las farmacias aparecen como puntos de contacto y consumo importantes en esta población.
- En general la mayor proporción de egresos hospitalarios de un país se produce por causas obstétricas, particularmente embarazo o parto.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- El análisis de egresos hospitalarios en detalle y por patologías específicas en población inmigrante es el primer documento de esta naturaleza en el país y la región.
- Visibiliza algunos de los espacios de vulnerabilidad en la población migrante.
- Se encuentran altos porcentajes (en comparación con la población local) de egresos hospitalarios por causas propias del género femenino, lo cual apoya la teoría de la feminización de la migración.
- En los egresos hospitalarios correspondientes a inmigrantes se destaca la alta proporción de estos correspondientes a sujetos sin previsión de salud, en comparación a la población local.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Desafíos asociados a la recolección de información.
- No obstante la base de datos nos permite extraer información tanto de características hospitalarias como sociodemográficas, aún hay variables de interés para el análisis de morbilidad y uso de servicios que no son recolectadas, en especial en relación a la condición migratoria. Entre estas últimas: distinción entre estatus migratorio, tiempo de residencia en el país, ocupación y antecedentes de uso previo de servicios de salud.
- Desafíos asociados al análisis de la situación migratoria, sesgos de selección e información.
- Generar más información sobre esta problemática tanto a nivel país como a nivel de la región, principalmente considerando que la evidencia existente en la literatura internacional no necesariamente representa el fenómeno migratorio de esta región.

d) Palabras claves: Egresos hospitalarios, Morbilidad hospitalaria, uso de servicios de salud, atención secundaria, migrantes internacionales, Chile

2. Antecedentes

El proceso de migración implica cambios, tanto para el individuo al modificar sus condiciones y estilos de vida, como para la población producto de los patrones de enfermedades infecciosas y crónicas que este proceso trae consigo. De esta manera **la migración internacional tiene el potencial de generar alto impacto en la salud pública** (1-4).

El proceso de migrar involucra una serie de decisiones como dejar el apoyo familiar y social, y atreverse a ser nuevo en un país que pudiese no compartir la misma cultura, costumbres o idioma, provocando diversos efectos sobre la salud de los inmigrantes (5,6). Adicionalmente, tal proceso puede resultar traumático y algunos de los involucrados experimentan vulnerabilidad social antes, durante y después del proceso mismo, es decir, a la llegada al país receptor (5,7). Si bien es cierto que la migración no representa necesariamente una amenaza en sí misma para la salud mental y general, la vulnerabilidad social asociada a otros factores de riesgo sí alcanza a tener un efecto sobre el bienestar individual y familiar (8). De esta manera, recientemente se ha reconocido que **la condición migratoria puede ser un valioso indicador de vulnerabilidad social o de desigualdad social en salud al interior de un país** (1-4,9,10) y que variables migratorias específicas, posibles de modificar o prevenir, pueden ser determinantes en este proceso (8).

De acuerdo a la literatura internacional, los principales **factores que afectan a la salud de los migrantes** internacionales son (11-13):

- Condiciones laborales y de vida
- Barreras culturales
- Acceso y uso a servicios de salud
- Condiciones previas en el país de origen
- Tiempo de residencia en el país de destino
- Factores sociales, económicos y educativos.

En conjunto con estos factores, para entender los fenómenos asociados a la salud de la población inmigrante es importante conocer los diferentes patrones migratorios que se han presentado durante los últimos años como: la **“feminización de la migración”**, **“migración sur-sur”** y **“efecto del migrante sano”**.

Alrededor del mundo, sobre todo en las regiones de América Latina y el Caribe, la feminización de la migración, referida al aumento de la participación femenina en el proceso de migración y concentración de una mayor proporción de mujeres que de hombres migrantes en sus respectivos países receptores, se ha vuelto una realidad (14). Concretamente entre 1990 y 2013 el porcentaje de mujeres migrantes en Latinoamérica y el Caribe aumentó de un 50% a un 52%. De ellas las tres cuartas partes con edades entre 20 y 64 años (14), y por ende una gran mayoría dentro del rango de **edad fértil**. Esta situación ha implicado la consideración del género en los procesos y políticas migratorias, con especial énfasis en la protección de la salud sexual, reproductiva y del menor de edad (15).

Dentro de la región Latinoamericana también se destaca el creciente fenómeno de la llamada **“Migración Sur-Sur”**, correspondiente principalmente al movimiento de personas de la región que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la misma región (16). Si bien no se puede negar las ventajas que este movimiento implica para los sujetos que deciden migrar, también es importante tener en consideración el efecto que tiene este fenómeno para el bienestar relativo de los migrantes internacionales. **Los migrantes internacionales en el Cono Sur han reportado que encuentran difícil alcanzar un nivel de vida satisfactorio**. Esto esencialmente explicado por las dificultades para la integración en la fuerza de trabajo formal, lo cual da lugar a problemas de desempleo, subempleo y empleos en situaciones precarias de seguridad. Como consecuencia, estas personas se encuentran expuestas a noxas laborales y sociales (discriminación, ausencia de protección social y de salud, salarios bajos, entre otras) (17-19) que de manera directa e indirecta afectan a su salud.

La evidencia internacional sugiere que además de tener la intención de migrar se deben tener las capacidades físicas suficientes para llevar a cabo el proceso migratorio. De esta manera basados en las hipótesis de (i) “selección natural”, (ii) diferencias de estructuras etarias (población migrante más joven que la local) y (iii) falta de información por parte de los inmigrantes que pudiesen encontrarse en peores situaciones de salud, son repetidas las ocasiones en que estudios empíricos reconocen el denominado **“efecto del migrante sano”**. Este fenómeno dice relación con menor auto reporte de problemas de salud e incluso menor prevalencia de enfermedades crónicas respecto de la población local. Pese a este fenómeno algunos estudios señalan que los inmigrantes tienen mayor probabilidad de enfermar y morir en el período inmediato posterior a la migración que los individuos del país receptor, y que el efecto del migrante sano desaparece, en promedio, luego de 10 a 20 años en el país receptor. Tiempo que puede disminuir en el caso de los inmigrantes que se encuentran en situación de **vulnerabilidad socioeconómica** y que experimenten pobreza, discriminación, ausencia de protección social y de salud, exclusión social laboral y espacial, entre otras manifestaciones.(20)

Es interesante vincular la evidencia sobre migración y vulnerabilidad social con el acceso y uso de servicios de salud. En este sentido, migrantes internacionales pueden reportar diferentes **expectativas y necesidades relacionadas a la atención en salud** (17,21). Y aunque en muchos países existen normativas y políticas relacionadas al acceso y uso efectivo de los servicios de salud por parte de la población migrante internacional, son múltiples las dificultades que se presentan al momento de implementar tales por parte de los prestadores de salud (22). Es así como alrededor del mundo la población inmigrante afronta limitaciones y dificultades de accesos a los servicios del país receptor, reportando en algunas regiones insuficiente uso de estos servicios comparado con la población local. Esta diferencia se profundiza cuando la población migrante experimenta vulnerabilidad social.

La literatura internacional ha analizado esta problemática desde variadas perspectivas obteniendo importantes conclusiones. Entre ellas destacan las siguientes conjeturas:

- El comportamiento y utilización de los servicios de salud por parte de la población migrante internacional en los países receptores, varían según sus costumbres y creencias; sin embargo, estos pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de un periodo de adaptación (23,24).
- Mayoritariamente los inmigrantes utilizan los servicios sanitarios públicos, relegando a un nivel circunstancial a los servicios provistos por ONG o municipios. A su vez las farmacias aparecen como puntos de contacto y consumo importante para resolución de problemas de salud de esta población (13).
- Existe evidencia de la importancia de la atención de salud primaria como primera entrada al sistema de salud por parte de migrantes internacionales, pero no todos conocen las características de dicho sistema, sus componentes o cómo navegarlos para alcanzar su máximo de cuidado y protección de la salud.
- Los servicios de atención secundaria son utilizados por la población inmigrante, en algunos casos sin siquiera haber hecho uso del nivel primario, sobre todo en aquellos provenientes de países de baja renta. Sin embargo, estos juegan un rol limitado en la provisión servicios de asistencia regular de esta población y demuestran grados variables de discriminación hacia esta población (13).

3. Egresos hospitalarios como fuente de información sobre la salud de los migrantes internacionales

El análisis de egresos hospitalarios tiene la ventaja de entregar información tanto de morbilidad en ambas poblaciones como de uso, oferta, demanda y calidad de los servicios de cuidado de la salud, según sea la patología explorada (25). La información obtenida a partir de egresos hospitalarios representa un indicador grueso de morbilidad de un país, más aun cuando se excluyen los egresos por causas obstétricas. Los egresos por causas obstétricas son un porcentaje importante del total de egresos hospitalarios de un país y requiere de análisis separado. Desde el punto del acceso y uso a servicios de salud, los indicadores obtenidos a partir de egresos hospitalarios son relevantes para conocer y adecuar los servicios de salud a las necesidades de los distintos subgrupos de la población tanto a nivel de atención primaria como secundaria (26). Asimismo los estudios de salud en población migrante internacional son de amplia utilidad para la salud pública (27) al permitir comparar poblaciones con diferentes genéticas y etnias que en algún punto de su vida cambian su entorno social y ambiental, adecuándose al del país receptor.

En relación a la condición migratoria, estudios internacionales señalan que las tasas de hospitalización difieren entre población local e inmigrante, sugiriendo desigualdades en la calidad y acceso a atención secundaria entre ambas poblaciones y según sexo (25). En países como España se ha registrado que los servicios de urgencia son el procedimiento hospitalario más utilizado por la población migrante internacional en relación a la población local y que estos últimos registran estadías de hospitalización más prolongadas (13). Adicionalmente, dentro de las causas de hospitalización se destacan las causas ginecobstetricias (correspondientes a casi a la cuarta parte de las causas de hospitalización), las causas osteomusculares y accidentes varios, los cuales fueron tres veces superiores en la población inmigrante que en española adulta (13). Así mismo, en Italia pese a que las tasas totales de hospitalización fueron más altas en población local que inmigrante, estos últimos mostraron tasas de hospitalización por infarto, cáncer cervical y apendicetomía significativamente altas. Y tasas de hospitalización por enfermedades crónicas del hígado y mastectomías significativamente bajas en relación a la población local (25).

4. Propósito

En Chile son escasas las estimaciones oficiales sobre prevalencia de enfermedades específicas en migrantes internacionales o sobre condiciones de salud en general en esta población. Más aun en Latinoamérica no se encuentran estudios sobre causas específicas de egresos hospitalarios en población inmigrante.

El propósito de este capítulo es aportar al conocimiento actual de salud de la población migrante internacional en Chile, orientado específicamente en morbilidad hospitalaria y uso de atención secundaria. Para ello, se caracterizaron los egresos hospitalarios del año 2012 según condición migratoria, de manera global y por subconjuntos de causas principales de egresos hospitalarios de mayor prevalencia en población migrante internacional. Se consideró como migrante internacional a todo aquel sujeto que registrara una nacionalidad distinta a la chilena. Este periodo cuenta con la particularidad de ser el primer año en el país en el cual se registra información sobre la nacionalidad del sujeto egresado hospitalariamente.

La base de datos de egresos hospitalarios 2012 cuenta con información de todos los centros secundarios de Chile, tanto públicos como privados, recolectados por el departamento de estadística e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile. Esta bases de datos contiene las siguientes variables de interés para este capítulo: (i) demográficas (sexo, edad, nacionalidad, lugar de residencia), (ii) previsión de salud y (iii) características de la hospitalización como diagnóstico (codificada según CIE-10 (28)), condición de egreso (alta/defunción), realización de una

intervención quirúrgica, días de hospitalización, fecha del egreso e información de centro donde se produjo el egreso hospitalario. Para este capítulo la unidad de análisis corresponde al egreso hospitalario, y no al paciente individualizado. Es decir, no se considera el hecho de que un mismo paciente puede egresar más de una vez en el periodo de interés y es una limitación del análisis que se presentará a continuación. Pese a esta limitación, este capítulo presenta resultados inéditos en cuanto a diferencias de egresos hospitalarios crudos entre población chilena e inmigrante, utilizando además como categorías de causas de egresos los capítulos del CIE 10 (ver Cuadro 1).

Se espera que la información entregada en este capítulo sea un aporte al desarrollo de la protección en salud y garantías de acceso de toda la población en Chile y Latinoamérica, incluyendo a la migrante internacional.

Cuadro 1

Capítulos de causas de morbilidad, correspondientes a la clasificación internacional de enfermedades CIE-10. (28)

Capítulo I:	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
Capítulo II:	Tumores (neoplasias)
Capítulo III:	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
Capítulo IV:	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
Capítulo V:	Trastornos mentales y del comportamiento.
Capítulo VI:	Enfermedades del sistema nervioso.
Capítulo VII:	Enfermedades del ojo y sus anexos
Capítulo VIII:	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
Capítulo IX:	Enfermedades del sistema circulatorio.
Capítulo X:	Enfermedades del sistema respiratorio.
Capítulo XI:	Enfermedades del sistema digestivo.
Capítulo XII:	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo.
Capítulo XIII:	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.
Capítulo XIV:	Enfermedades del sistema genitourinario.
Capítulo XV:	Embarazo, parto y puerperio.
Capítulo XVI:	Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal.
Capítulo XVII:	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
Capítulo XVIII:	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.
Capítulo XIX:	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa.
Capítulo XXI:	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

5. Análisis de egresos hospitalarios en Chile

5.1. Descripción general de la distribución de egresos según causa en Chile, migrantes internacionales versus chilenos

Durante el año 2012 se produjeron un total de 1.659.654 egresos hospitalarios en Chile, de los cuales un 0.5% correspondió a población migrante internacional. De manera similar en ambas poblaciones, la mayor proporción de egresos hospitalarios se produjo en mujeres, concretamente 72.3% en el caso de los inmigrantes y 60.5% en chilenos. Sin considerar egresos por causas obstétricas (embarazo, parto o puerperio), los cuales correspondieron a un 19.5% del total de egresos hospitalarios del país en el periodo, la razón entre hombres y mujeres se equilibra y para ambas poblaciones un 51% de los egresos se produjo en población masculina y un 49% en población femenina (Tabla 1).

Ya sea considerando o no los egresos por embarazo, parto o puerperio (EPP), en población inmigrante son los menores de 14 años los que registran la menor proporción de egresos hospitalarios dentro de esta población. Asimismo, en ambos casos son los sujetos entre 30 y 65 los que presentan el mayor porcentaje de egresos hospitalarios, con alrededor de un 50% del total de egresos en población migrante internacional. Caso opuesto ocurre en el tramo de edad entre 15 y 29 años donde al no considerar egresos por causa obstétricas disminuye considerablemente el porcentaje de

egresos en dicho tramo de edad (el 71% de los egresos correspondían a egresos por esta causa). Esta reducción se ve mayormente reflejada en el subgrupo de adultos mayores, los cuales pasan de representar un 13.4% del total de egresos hospitalarios a un 23.7% del total de egresos hospitalarios en inmigrantes sin considerar EPP. Este mismo fenómeno se produce también en población chilena, pero en diferentes magnitudes. En esta población destaca el alto porcentaje de egresos hospitalarios en menores de 14 años y en mayores de 65 en comparación con la población inmigrante (Tabla 1).

Una de las diferencias más llamativas entre migrantes internacionales y chilenos se aprecia a nivel de previsión de salud, donde independiente de si se consideran o no egresos hospitalarios por EPP, se reconocen altos porcentajes de egresos hospitalarios en migrantes correspondientes a individuos afiliados al sistema privado de salud (ISAPRE) y sin previsión de salud. Estos últimos llegan a presentar porcentajes hasta 11 veces mayores que la población local. En población local, ya sea considerando o no egresos por EPP, más del 70% de los egresos hospitalarios correspondieron a afiliados a FONASA (sistema público), seguido por casi el 20% de afiliados a ISAPRE (Tabla 1).

Los resultados también dan luces de una marcada diferencias entre hombres y mujeres inmigrantes respecto a la adscripción a sistemas de salud. En el caso de los hombres inmigrantes un 27.7% del total de egresos hospitalarios corresponde a individuos sin previsión de salud, un 39.7% a afiliados al sistema privado, un 22.6% al público y el 10% restante a otras. En contraste, de los egresos hospitalarios registrados en mujeres inmigrantes un 52.9% de estos fueron en afiliadas al sistema público, un al privado, un 28.7% sin previsión y tan solo un 4.7% a otro tipo de previsión.

Tabla 1

Perfil demográfico y previsión de salud de los egresados hospitalariamente en Chile durante el año 2012, según condición migratoria. Incluyendo y excluyendo egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio.

	Total de egresos hospitalarios						Excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio					
	Chileno		Inmigrante		Total		Chileno		Inmigrante		Total	
Sexo												
Hombre	39,5%	(652.053)	27,7%	(2.315)	39,4%	(654.368)	49,0%	(652.053)	49,1%	(2.315)	49,0%	(654.368)
Mujer	60,5%	(999.233)	72,3%	(6.053)	60,6%	(1.005.286)	51,0%	(679.445)	50,9%	(2.400)	51,0%	(681.845)
Edad												
[0-14]	16,7%	(275.370)	4,3%	(359)	16,6%	(275.729)	20,6%	(273.964)	7,5%	(355)	20,5%	(274.319)
[15-29]	21,9%	(361.791)	32,9%	(2.749)	22,0%	(364.540)	12,6%	(167.601)	16,9%	(796)	12,6%	(168.397)
[30-44]	20,4%	(337.528)	37,4%	(3.126)	20,5%	(340.651)	16,1%	(214.586)	30,6%	(1.442)	16,2%	(216.028)
[45-64]	21,1%	(347.642)	15,7%	(1.314)	21,0%	(348.956)	26,0%	(346.389)	27,6%	(1.302)	26,0%	(347.691)
65 o más	19,9%	(328.958)	9,8%	(820)	19,9%	(329.778)	24,7%	(328.958)	17,4%	(820)	24,7%	(329.778)
Previsión de salud												
FONASA	73,1%	(1.207.821)	44,5%	(3.723)	73,0%	(1.211.544)	71,0%	(945.903)	28,1%	(1.325)	70,9%	(947.228)
ISAPRE	17,7%	(292.744)	31,8%	(2.657)	17,8%	(295.401)	18,5%	(246.902)	38,5%	(1.817)	18,6%	(248.719)
No tiene	1,9%	(3.1150)	17,6%	(1.469)	2,0%	(32.619)	2,2%	(28.729)	24,6%	(1.159)	2,2%	(29.888)
Otra	7,2%	(119.571)	6,2%	(519)	7,2%	(120.090)	8,3%	(109.964)	8,8%	(414)	8,3%	(110.378)
Región												
Tarapacá	1,4%	(23834)	13,3%	(1.116)	1,5%	(24.950)	1,3%	(17.832)	8,4%	(398)	1,4%	(18.230)
Antofagasta	3,7%	(61357)	6,1%	(513)	3,7%	(61.870)	3,7%	(48.935)	3,4%	(160)	3,7%	(49.095)
Atacama	1,7%	(27763)	0,8%	(66)	1,7%	(27.829)	1,6%	(21.570)	0,6%	(27)	1,6%	(21.597)
Coquimbo	3,5%	(57672)	0,9%	(78)	3,5%	(57.750)	3,2%	(43.207)	1,0%	(49)	3,2%	(43.256)
Valparaíso	11,4%	(188386)	2,2%	(186)	11,4%	(18.8572)	11,7%	(155.662)	3,2%	(150)	11,7%	(155.812)
Libertador B. O'Higgins	4,6%	(76601)	0,9%	(74)	4,6%	(76.675)	4,6%	(60.966)	1,1%	(52)	4,6%	(61.018)
Maule	5,3%	(87556)	0,3%	(22)	5,3%	(87.578)	5,2%	(68.992)	0,4%	(17)	5,2%	(69.009)
Biobío	12,8%	(211026)	1,1%	(95)	12,7%	(211.121)	13,0%	(173.557)	1,5%	(71)	13,0%	(173.628)
La Araucanía	3,5%	(58521)	0,5%	(40)	3,5%	(58.561)	3,6%	(48.306)	0,6%	(30)	3,6%	(48.336)
Los Lagos	5,2%	(85514)	0,4%	(36)	5,2%	(85.550)	5,3%	(70.142)	0,6%	(30)	5,3%	(70.172)

Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0,7%	(11014)	0,2%	(18)	0,7%	(11.032)	0,7%	(8.918)	0,3%	(14)	0,7%	(8.932)
Magallanes y de La Antártica Chilena	1,4%	(22583)	0,1%	(10)	1,4%	(22.593)	1,5%	(19.900)	0,2%	(10)	1,5%	(19.910)
Metropolitana de Santiago	37,2%	(614075)	65,4%	(5.470)	37,3%	(619.545)	36,9%	(491.489)	67,3%	(3.172)	37,0%	(494.661)
Los Ríos	6,0%	(99622)	0,5%	(40)	6,0%	(99.662)	6,1%	(81.109)	0,6%	(29)	6,1%	(81.138)
Arica y Parinacota	1,3%	(21673)	1,9%	(161)	1,3%	(21.834)	1,3%	(17.330)	1,6%	(77)	1,3%	(17.407)
Sin Reportar	0,2%	(4089)	5,3%	(443)	0,3%	(4.532)	0,3%	(3.583)	9,1%	(429)	0,3%	(3.583)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

En cuanto a características hospitalarias, en general la población local registra mayor porcentaje de egresos hospitalarios que requirieron de 4 o más días de hospitalización que los inmigrantes, sugiriendo que la población local tiende a presentar estadías de hospitalización más prolongadas que la población inmigrante. Paradójicamente son los migrantes internacionales los que, independiente de si se consideran o no egresos por EPP, presentan una mayor cantidad de egresos hospitalarios que requirieron de una intervención quirúrgica, alrededor del 52.2% en ambos escenarios (Tabla 2).

Respecto a la condición de egreso, sin controlar por otras variables, se aprecia un mayor porcentaje de egresos en condición de fallecidos en población local que en inmigrantes (Tabla 2). En chilenos las principales causas de mortalidad hospitalaria son enfermedades respiratorias, del sistema circulatorio y tumores, en este mismo orden, y en inmigrantes tumores y enfermedades del sistema respiratorio. En comparación con la población local, los inmigrantes registran una menor edad promedio de muerte hospitalaria, aproximadamente 60 años de edad, lo cual es 8 años menor que el promedio en población local.

En la Tabla 2 se presentan los resultados crudos de causas de egresos hospitalarios según capítulos de causas de morbilidad, codificadas mediante CIE-10 para población total, chilena y migrante internacional. Allí destacan como las cuatro causas principales de egresos hospitalarios para población migrante en 2012: (i) embarazo, parto y puerperio, (ii) traumatismos, envenenamientos y causas externas, (iii) tumores y (iv) del sistema digestivo.

Tabla 2

Perfil de los egresados hospitalariamente en Chile durante el año 2012, según condición migratoria, incluyendo y excluyendo egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio.

Capítulo de causa	Total de egresos hospitalarios						Excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio					
	Chileno		Inmigrante		Total		Chileno		Inmigrante		Total	
I	2,6%	(42.777)	1,7%	(140)	2,6%	(42.917)	3,2%	(42.777)	3,0%	(140)	3,2%	(42.917)
II	7,0%	(115.406)	8,4%	(700)	7,0%	(116.106)	8,7%	(115.406)	14,8%	(700)	8,7%	(116.106)
III	0,6%	(9.615)	0,4%	(32)	0,6%	(9.647)	0,7%	(9.615)	0,7%	(32)	0,7%	(9.647)
IV	2,9%	(47.944)	1,8%	(154)	2,9%	(48.098)	3,6%	(47.944)	3,3%	(154)	3,6%	(48.098)
V	1,7%	(28.214)	1,0%	(80)	1,7%	(28.294)	2,1%	(28.214)	1,7%	(80)	2,1%	(28.294)
VI	1,6%	(26.618)	1,4%	(117)	1,6%	(26.735)	2,0%	(26.618)	2,5%	(117)	2,0%	(26.735)
VII	1,1%	(17.682)	0,4%	(33)	1,1%	(17.715)	1,3%	(17.682)	0,7%	(33)	1,3%	(17.715)
VIII	0,4%	(5.873)	0,2%	(18)	0,4%	(5.891)	0,4%	(5.873)	0,4%	(18)	0,4%	(5.891)
IX	7,6%	(125.503)	4,4%	(372)	7,6%	(125.875)	9,4%	(125.503)	7,9%	(372)	9,4%	(125.875)
X	10,0%	(165.268)	3,7%	(311)	10,0%	(165.579)	12,4%	(165.268)	6,6%	(311)	12,4%	(165.579)
XI	12,6%	(208.376)	8,1%	(678)	12,6%	(209.054)	15,6%	(208.376)	14,4%	(678)	15,6%	(209.054)
XII	1,5%	(24.046)	0,7%	(61)	1,5%	(24.107)	1,8%	(24.046)	1,3%	(61)	1,8%	(24.107)
XIII	4,1%	(67.184)	4,5%	(378)	4,1%	(67.562)	5,0%	(67.184)	8,0%	(378)	5,1%	(67.562)
XIV	8,2%	(134.700)	5,8%	(489)	8,1%	(135.189)	10,1%	(134.700)	10,4%	(489)	10,1%	(135.189)
XV	19,4%	(319.788)	43,7%	(3.653)	19,5%	(323.441)	-	-	-	-	-	-
XVI	2,2%	(36.599)	0,5%	(39)	2,2%	(36.638)	2,7%	(36.599)	0,8%	(39)	2,7%	(36.638)
XVII	1,2%	(19.994)	0,7%	(61)	1,2%	(20.055)	1,5%	(19.994)	1,3%	(61)	1,5%	(20.055)
XVIII	2,7%	(45.327)	1,7%	(144)	2,7%	(45.471)	3,4%	(45.327)	3,1%	(144)	3,4%	(45.471)

XIX	9,4%	(154.833)	9,1%	(758)	9,4%	(155.591)	11,6%	(154.833)	16,1%	(758)	11,6%	(155.591)
XXI	3,4%	(55.539)	1,8%	(150)	3,4%	(55.689)	4,2%	(55.539)	3,2%	(150)	4,2%	(55.689)
Condición de egreso												
Vivo	97,9%	(1.617.349)	99,4%	(8.320)	98,0%	(1.625.669)	97,5%	(1.297.580)	99,0%	(4.667)	97,5%	(1.302.247)
Muerto	2,1%	(33.937)	0,6%	(48)	2,0%	(33.985)	2,5%	(33.918)	1,0%	(48)	2,5%	(33.966)
Intervención quirúrgica												
Si	43,3%	(715.263)	52,2%	(4.372)	43,4%	(719.635)	41,5%	(551.976)	52,8%	(2.491)	41,5%	(554.467)
No	56,7%	(936.023)	47,8%	(3.996)	56,6%	(940.019)	58,5%	(779.522)	47,2%	(2.224)	58,5%	(781.746)
Días de hospitalización												
1	29,0%	(478.900)	25,6%	(2139)	29,0%	(481039)	32,7%	(435566)	38,0%	(1791)	32,7%	(437357)
2	19,6%	(323.880)	23,5%	(1968)	19,6%	(325848)	15,7%	(209394)	18,0%	(848)	15,7%	(210242)
3	14,2%	(233.701)	21,6%	(1808)	14,2%	(235509)	10,3%	(136883)	10,4%	(492)	10,3%	(137375)
4 o más	37,2%	(614.400)	29,3%	(2452)	37,2%	(616852)	41,3%	(549250)	33,6%	(1583)	41,2%	(550833)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

5.2. Egresos hospitalarios por embarazo parto o puerperio

Dentro del subgrupo de mujeres, los egresos por embarazo parto o puerperio corresponden a un 60,4% del total de egresos hospitalarios en el caso de la inmigrantes y a un 32% en el caso de las chilenas. Para estas últimas, el egreso por EPP de menor edad se registra a los 11 años, mientras que en inmigrantes a los 14. El porcentaje de mujeres que egresan por EPP entre los 15 y 19 corresponde a un 15% entre mujeres chilenas, cifra que disminuye casi a la mitad en el caso de las mujeres inmigrantes, donde tan solo el 7,8% de los egresos hospitalarios por embarazo parto o puerperio se producen en mujeres menores de edad. Así mismo pese a no alcanzar ni el 0,1% del total de egresos por EPP en población local ($n = 129$), las chilenas efectivamente presentan egresos hospitalarios por esta causa en mujeres mayores de 50 años, situación que no ocurre en el caso de las inmigrantes (Tabla 3). Tanto en locales como inmigrantes el mayor porcentaje de egresos por esta causa se producen en la región metropolitana (38,3% en chilenas versus 62,9% en inmigrantes). Esta situación es concordante con la distribución geográfica que presenta la población en el país, donde para ambos casos la mayor cantidad de población se encuentra en esta región. Considerando esta situación, llama la atención lo ocurrido en la región de Tarapacá. De los egresos por EPP en población migrante un 19,7% se presentan en la región de Tarapacá y mientras que en el resto del país el porcentaje de inmigrantes del total de egresos por EPP de cada región no logra superar al 3%; en dicha región (Tarapacá) del total de egresadas por esta causa 10,7% corresponden a migrantes internacionales (Tabla 3).

La mayor diferencia entre población local e inmigrante en EPP se aprecia a nivel de previsión de salud. En ambas poblaciones la mayor cantidad de egresos corresponde a mujeres pertenecientes al sistema público de salud (FONASA). Sin embargo, de las mujeres migrantes egresadas por esta causa un 8,5% figura sin previsión de salud, muy por encima del 0,8% en mujeres chilenas en esta situación. Similarmente, dentro de las mujeres egresadas hospitalariamente por EPP, el porcentaje de mujeres inmigrantes adscritas al sistema privado de salud (ISAPRE) superan casi en el doble de las mujeres chilenas adscritas a este mismo sistema, en términos porcentuales relativos a la condición migratoria 23% inmigrantes versus 14,3% en chilenas (Tabla 3).

En un mayor desglose, dentro del genérico de EPP el mayor porcentaje de egresos se produce específicamente por partos (62,3% en inmigrantes vs 57,7% en chilenas). Así mismo, en ambas poblaciones alrededor de un 10% del total de egresos por EPP corresponden específicamente a embarazos terminados en aborto, dicho porcentaje es levemente mayor en mujeres inmigrantes que en locales (10,7% en inmigrantes vs 9,4% en chilenas). Dentro de los partos en inmigrantes el 69,7% fueron partos únicos espontáneos y tan solo un 23,5% partos únicos por cesárea, proporción que se eleva en el caso de chilenas a un 43% de los nacimientos (Tabla 4).

Al realizar un análisis crudo de las intervenciones quirúrgicas en EPP, no se observan mayores diferencias entre población local e inmigrante (en torno al 51% del total de egresos hospitalarios por EPP en ambas poblaciones). Sin embargo, un 65,8% de los egresos hospitalarios por EPP en población inmigrante con ISAPRE requirió de una intervención quirúrgica, cifra 9 puntos porcentuales menor que la población local en la misma situación (Figura 1). Finalmente, respecto de tipo de parto, se produce una situación análoga sobre el tipo de previsión. Al analizar el escenario según esta variable, las diferencias entre chilenas e inmigrantes se exageran. En caso de las inmigrantes un 17,2% de los partos en ISAPRE son partos únicos por cesárea, en chilenas este porcentaje asciende a un 56,6%. De la misma manera, es posible apreciar cómo en población local la proporción de partos únicos por cesáreas es mayor en el sistema privado de salud, contrario a lo que ocurre en el sistema público. (Tabla 4).

Figura 1

Proporción de intervenciones quirúrgicas para egresadas hospitalariamente por embarazo, parto o puerperio, según previsión de salud y condición migratoria.

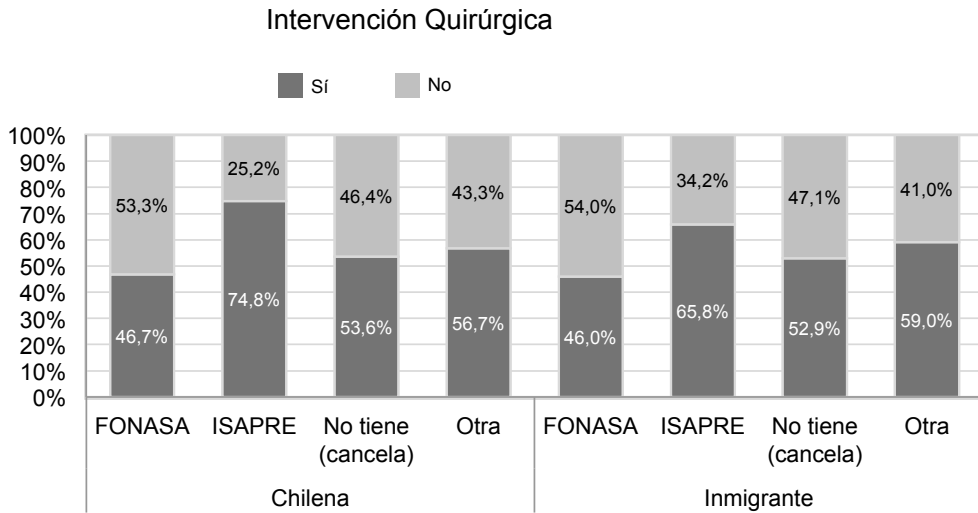


Tabla 3

Perfil demográfico y previsión de salud de las mujeres egresadas hospitalariamente por embarazo parto o puerperio, según condición migratoria, Chile 2012.

	Chileno (319.788)		Inmigrante (3.653)		Total (323.441)	
Edad						
[11-19]	14,9%	(47.764)	7,9%	(287)	14,8%	(48.051)
[20-29]	46,3%	(147.832)	45,7%	(1.670)	46,2%	(149.502)
[30-39]	34,1%	(109.047)	41,2%	(1.504)	34,2%	(110.551)
[40-49]	4,7%	(15.016)	5,2%	(192)	4,8%	(15.208)
50 o más	0,0%	(129)	0,0%	(0)	0,0%	(129)
Media (sd)	27,4(7,0)		28,9(6,5)		27,4 (7,0)	
mínimo / máximo	11 / 59		14 / 49		11 / 59	
Q1 / mediana / Q2	22 / 27 / 33		24 / 29 / 34		22 / 27 / 33	
Previsión de salud						
FONASA	81,9%	(261.918)	65,6%	(2.398)	81,7%	(264.316)
ISAPRE	14,3%	(45.842)	23,0%	(840)	14,4%	(46.682)
No tiene (Cancela)	0,8%	(2.421)	8,5%	(310)	0,8%	(2.731)
Otras	3,0%	(9.607)	2,9%	(105)	3,0%	(9.712)
Región						
Tarapacá	1,9%	(6.002)	19,7%	(718)	2,1%	(6.720)
Antofagasta	3,9%	(12.422)	9,7%	(353)	3,9%	(12.775)
Atacama	1,9%	(6.193)	1,1%	(39)	1,9%	(6.232)
Coquimbo	4,5%	(14.465)	0,8%	(29)	4,5%	(14.494)
Valparaíso	10,2%	(32.724)	1,0%	(36)	10,1%	(32.760)
Libertador B. O'Higgins	4,9%	(15.635)	0,6%	(22)	4,8%	(15.657)
Maule	5,8%	(18.564)	0,1%	(5)	5,7%	(18.569)

Biobío	11,7%	(37.469)	0,7%	(24)	11,6%	(37.493)
La Araucanía	3,2%	(10.215)	0,3%	(10)	3,2%	(10.225)
Los Lagos	4,8%	(15.372)	0,2%	(6)	4,8%	(15.378)
Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0,7%	(2.096)	0,1%	(4)	0,6%	(2.100)
Magallanes y de La Antártica Chilena	0,8%	(2.683)	0,0%	(0)	0,8%	(2.683)
Metropolitana de Santiago	38,3%	(122.586)	62,9%	(2.298)	38,6%	(124.884)
Los Ríos	5,8%	(18.513)	0,3%	(11)	5,7%	(18.524)
Arica y Parinacota	1,4%	(4.343)	2,3%	(84)	1,4%	(4.427)
Sin Reportar	0,2%	(506)	0,4%	(14)	0,2%	(520)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Tabla 4

Egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio según diagnóstico principal asociado a esta causa, tipo de parto e intervención quirúrgica para chilenos e inmigrantes acorde a su previsión de salud, Chile 2012.

	Chilena								Inmigrante							
	FONASA		ISAPRE		No tiene		Otra		FONASA		ISAPRE		No tiene		Otra	
Intervención quirúrgica																
Si	122.264	(46,7%)	34.276	(74,8%)	1.297	(53,6%)	5.450	(56,7%)	1.102	(46,0%)	553	(65,8%)	164	(52,9%)	62	(59,0%)
No	139.654	(53,3%)	11.566	(25,2%)	1.124	(46,4%)	4.157	(43,3%)	1.296	(54,0%)	287	(34,2%)	146	(47,1%)	43	(41,0%)
Tipo de parto																
Parto único espontáneo	83.527	(55,0%)	10.136	(38,7%)	684	(52,3%)	2.479	(46,7%)	1.127	(67,8%)	302	(76,5%)	112	(74,2%)	44	(67,7%)
Parto único con fórceps y ventosa extractora	2.682	(1,8%)	641	(2,4%)	24	(1,8%)	110	(2,1%)	66	(4,0%)	10	(2,5%)	3	(2,0%)	1	(1,5%)
Parto único por cesárea	6.1294	(40,4%)	14.816	(56,6%)	577	(44,1%)	2.631	(49,6%)	427	(25,7%)	68	(17,2%)	19	(12,6%)	20	(30,8%)
Otros partos únicos asistidos	3.491	(2,3%)	374	(1,4%)	15	(1,1%)	53	(1,0%)	40	(2,4%)	13	(3,3%)	17	(11,3%)	0	(0,0%)
Parto múltiple	740	(0,5%)	204	(0,9%)	9	(0,7%)	34	(0,6%)	3	(0,2%)	2	(0,5%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
Causa específica de embarazo, parto o puerperio																
Embarazo terminado en aborto	23.608	(9,0%)	4.953	(10,8%)	475	(19,6%)	1.006	(10,5%)	203	(8,5%)	110	(13,1%)	62	(20,0%)	17	(16,2%)
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	6.925	(2,6%)	921	(2,0%)	40	(1,7%)	273	(2,8%)	31	(1,3%)	7	(0,8%)	2	(0,6%)	0	(0,0%)
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	18.746	(7,2%)	1.748	(3,8%)	141	(5,8%)	795	(8,3%)	126	(5,3%)	28	(3,3%)	17	(5,5%)	6	(5,7%)

Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	32.278	(12,3%)	7.563	(16,5%)	239	(9,9%)	1.365	(14,2%)	221	(9,2%)	178	(21,2%)	39	(12,6%)	11	(10,5%)
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	18.262	(7,0%)	3.347	(7,3%)	177	(7,3%)	615	(6,4%)	102	(4,3%)	98	(11,7%)	28	(9,0%)	1	(1,0%)
Parto	151.734	(57,9%)	26.171	(57,1%)	1.309	(54,1%)	5.307	(55,2%)	1.663	(69,3%)	395	(47,0%)	151	(48,7%)	65	(61,9%)
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	3.236	(1,2%)	182	(0,4%)	7	(0,3%)	69	(0,7%)	19	(0,8%)	5	(0,6%)	2	(0,6%)	1	(1,0%)
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	7.129	(2,7%)	957	(2,1%)	33	(1,4%)	177	(1,8%)	33	(1,4%)	19	(2,3%)	9	(2,9%)	4	(3,8%)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

5.3. Egresos hospitalarios por traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

A diferencia de la población chilena donde esta corresponde a la tercera causa de egreso (154.833 egresos hospitalarios correspondientes al 9,4% del total de egresos hospitalarios), los egresos hospitalarios por traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (CE) constituyen la segunda principal causa de egresos en población migrante internacional (758 egresos hospitalarios correspondientes al 9,1% del total de egresos hospitalarios). Más aun, constituyen la primera causa en población migrante internacional en el caso de no considerar hospitalizaciones por embarazo parto o puerperio, EPP (Tabla 2).

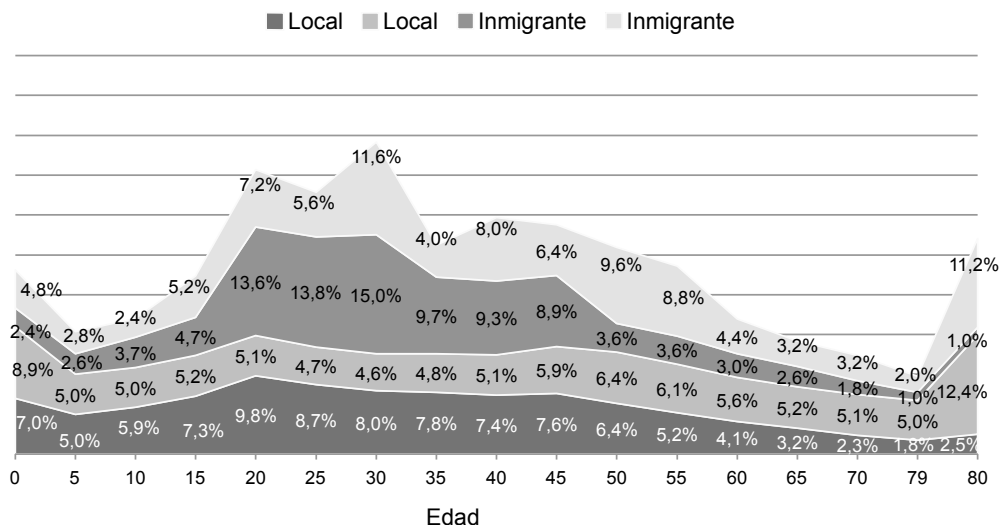
En ambas poblaciones, del total de egresos hospitalarios por CE más del 60% correspondió a sujetos del sexo masculino, más específicamente 63,5% en población local y 66,9% en población inmigrante. Respecto a la edad, la población local parece tener una distribución porcentual sutilmente más uniforme que la población inmigrante por esta causa de egreso, situación que se mantiene tras estratificar por sexo. En detalle, al analizar la edad según sexo, ya sea en chilenos o inmigrantes, se aprecia una marcada diferencia entre los egresos hospitalarios por CE en hombres y mujeres. En los primeros del total de egresos por esta causa la mayor proporción se produce entre los 15 y 54 años, marcada por una cúspide de egresos hospitalarios por esa causa en sujetos entre los 25 y 34 años en inmigrantes (28,8%) y entre 15 y 24 años en chilenos (17,1%) para luego disminuir de manera sostenida desde los 55 años en adelante. En contraste, los egresos hospitalarios por esta causa en mujeres presentan altos y bajos a través de las distintas agrupaciones de edad, marcada por un elevado porcentaje del total de egresos por CE en mujeres mayores de 65 años (27,7% en chilenas vs 19,5% en inmigrantes) (Figura 2).

En cuanto a previsión de salud, particularmente a aquellos egresos hospitalarios por CE de individuos adscritos a los sistemas públicos y privados de salud, se produce una situación totalmente opuesta entre chilenos e inmigrantes. En chilenos el grueso de los egresos hospitalarios por esta causa corresponde a sujetos en FONASA (68,7% del total de egresos por esta causa en población local) y en migrantes internacionales a sujetos en ISAPRE (31,3% del total de egresos por esta causa en población inmigrante) (Tabla 5). Es llamativo el alto porcentaje de egresos hospitalarios por esta causa correspondiente a inmigrantes sin previsión de salud (30,3%) en comparación con tal porcentaje sin previsión en población local (3%). En los egresos por esta causa en particular es posible que dicho fenómeno se encuentre influenciado por la forma en que se ha definido población inmigrante, haciendo imposible distinguir en qué casos los egresos hospitalarios pertenecen a población inmigrante residente en el país o extranjeros en función de turistas.

No obstante, se observa un leve aumento de los egresos hospitalarios por CE en el mes de febrero (habitualmente periodo de vacaciones), en el cual un 12,5% del total de egresos hospitalarios de la población inmigrante se produjo por esta causa, porcentaje que en el resto de los meses del año no logra superar el 10%. Cabe destacar que dicho fenómeno también se produce en la población local pero en menor magnitud. En el mes de febrero el porcentaje de egresos por esta causa llega al 10,6% del total de los egresos hospitalarios del mes, en contraposición con el resto de los meses del año en donde este porcentaje varía entre el 8,4% y 9,9% del total de egresos hospitalarios de cada mes. Adicionalmente, del total de egresos por esta causa en población migrante hay un 10,2% del cual no se tiene información sobre la región de residencia del paciente, porcentaje que en población local alcanza un 0,4% (Tabla 5).

Figura 2

Distribución de edad para egresos hospitalarios por traumatismos, envenenamientos y otras de causa externa según sexo y condición migratoria, Chile 2012.



		[0-4]	[5-14]	[15-24]	[25-34]	[35-44]	[45-54]	[55-64]	[65-74]	75 o más
Local	Hombre	7,0%	10,8%	17,1%	16,7%	15,2%	14,0%	9,3%	5,6%	4,3%
	Mujer	8,9%	10,1%	10,2%	9,3%	9,9%	12,3%	11,6%	10,3%	17,4%
	Total	7,7%	10,6%	14,6%	14,0%	13,2%	13,4%	10,1%	7,3%	9,1%
Inmigrante	Hombre	2,4%	0,0%	18,3%	28,8%	18,9%	12,4%	6,5%	4,3%	2,0%
	Mujer	4,8%	6,3%	12,4%	17,1%	12,0%	15,9%	13,1%	6,4%	13,1%
	Total	3,2%	5,2%	16,4%	25,0%	16,6%	13,5%	8,7%	5,0%	5,7%

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Respecto a intervención quirúrgica son los inmigrantes los que presentan un mayor porcentaje de egresos hospitalarios por CE que requieren de estas. En inmigrantes del total de egresos por CE el 62,9% requirió de una intervención quirúrgica, en chilenos este porcentaje desciende a un 53,9%. Para la población local el principal motivo de egreso hospitalario por CE corresponde a traumatismos de la cabeza con un 16% seguido por traumatismos de la rodilla y pierna con un 14% y traumatismo de la muñeca y mano con un 11%, el resto de los tipos de trauma o complicaciones no logra alcanzar el 10%. Para inmigrantes son los traumatismos de rodilla y pierna la principal causa de egresos hospitalario dentro de los egresos por CE, con un 17,4% del total de egresos por esta capítulo de causa, seguidos por los traumatismos de cabeza con un 14,5% luego el resto de los tipos de traumatismos no logra superar el 10% (Tabla 6). Esta situación se mantiene incluso después de estratificar por sexo.

Tabla 5

Perfil demográfico y previsión de salud de egresados por traumatismos envenenamientos y otras de causa externa, según condición migratoria, Chile 2012.

	Chileno		Inmigrante		Total	
	(154.833)		(758)		(155.591)	
Sexo						
Hombre	63,5%	(98.283)	66,9%	(507)	63,5%	(98.790)
Mujer	36,5%	(56.550)	33,1%	(251)	36,5%	(56.801)
Previsión de salud						
FONASA	68,7%	(106.400)	24,8%	(188)	68,5%	(106.588)
ISAPRE	15,5%	(24.016)	31,3%	(237)	15,6%	(24.253)

No tiene (cancela)	3,0%	(4.688)	30,3%	(230)	3,2%	(4.918)
Otra	12,7%	(19.729)	13,6%	(103)	12,8%	(19.832)
Región						
Tarapacá	1,6%	(2.499)	13,9%	(105)	1,7%	(2.604)
Antofagasta	3,7%	(5.731)	6,1%	(46)	3,7%	(5.777)
Atacama	1,9%	(2.924)	1,3%	(10)	1,9%	(2.934)
Coquimbo	3,3%	(5.051)	0,9%	(7)	3,3%	(5.058)
Valparaíso	10,6%	(16.473)	3,0%	(23)	10,6%	(16.496)
Libertador B. O'Higgins	4,9%	(7.542)	0,8%	(6)	4,9%	(7.548)
Maule	5,9%	(9.190)	0,3%	(2)	5,9%	(9.192)
Biobío	13,0%	(20.149)	1,1%	(8)	13,0%	(20.157)
La Araucana	4,0%	(6.158)	0,3%	(2)	4,0%	(6.160)
Los Lagos	5,9%	(9.184)	0,7%	(5)	5,9%	(9.189)
Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0,7%	(1.136)	0,1%	(1)	0,7%	(1.137)
Magallanes y de La Antártica Chilena	1,3%	(1.975)	0,5%	(4)	1,3%	(1.979)
Metropolitana de Santiago	34,5%	(53.360)	55,4%	(420)	34,6%	(53.780)
Los Ríos	6,6%	(10.208)	0,9%	(7)	6,6%	(10.215)
Arica y Parinacota	1,8%	(2.711)	4,6%	(35)	1,8%	(2.746)
Sin información	0,4%	(542)	10,2%	(77)	0,4%	(619)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Tabla 6

Perfil hospitalario de los pacientes egresados por traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa, según condición migratoria, Chile 2012.

	Chileno		Inmigrante		Total	
	(154.833)		(758)		(155.591)	
Traumatismo de la cabeza	16,0%	(24.840)	14,5%	(110)	16,0%	(24.950)
Traumatismos del cuello	0,8%	(1.221)	0,7%	(5)	0,8%	(1.226)
Traumatismos del tórax	2,8%	(4.397)	4,7%	(36)	2,8%	(4.433)
Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra de la columna lumbar y de la pelvis	3,8%	(5.877)	5,1%	(39)	3,8%	(5.916)
Traumatismos del hombro y del brazo	5,9%	(9.114)	6,2%	(47)	5,9%	(9.161)
Traumatismos del antebrazo y del codo	8,2%	(12.651)	8,3%	(63)	8,2%	(12.714)
Traumatismos de la muñeca y de la mano	11,0%	(17.017)	9,8%	(74)	11,0%	(17.091)
Traumatismos de la cadera y del muslo	7,2%	(11.215)	4,7%	(36)	7,2%	(11.251)
Traumatismos de la rodilla y de la pierna	14,0%	(21.712)	17,4%	(132)	14,0%	(21.844)
Traumatismos del tobillo y del pie	3,5%	(5.348)	4,0%	(30)	3,5%	(5.378)
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo	3,7%	(5.799)	3,8%	(29)	3,7%	(5.828)
Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo	2,9%	(4.467)	2,4%	(18)	2,9%	(4.485)
Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales	1,2%	(1.785)	2,6%	(20)	1,2%	(1.805)

Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio	2,3%	(3.623)	2,4%	(18)	2,3%	(3.641)
Quemaduras y corrosiones limitadas al ojo y órganos internos	0,1%	(165)	0,1%	(1)	0,1%	(166)
Quemaduras y corrosiones de múltiples regiones del cuerpo y las no especificadas	1,5%	(2.269)	1,1%	(8)	1,5%	(2.277)
Congelamiento	0,0%	(14)	0,0%	(0)	0,0%	(14)
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	4,2%	(6.540)	2,4%	(18)	4,2%	(6.558)
Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	1,6%	(2.513)	1,7%	(13)	1,6%	(2.526)
Otros efectos y los no especificados de causas externas	0,9%	(1.342)	0,9%	(7)	0,9%	(1.349)
Algunas complicaciones precoces de traumatismos	0,2%	(284)	0,1%	(1)	0,2%	(285)
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	7,4%	(11.466)	6,2%	(47)	7,4%	(11.513)
Secuela de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencia de causa externa	0,8%	(1.174)	0,8%	(6)	0,8%	(1.180)

Intervención quirúrgica

Sí	53,9%	(83.386)	62,9%	(477)	53,9%	(83.863)
No	46,1%	(71.447)	37,1%	(281)	46,1%	(71.728)

Condición de egreso

Vivo	99,0%	(153.247)	99,3%	(753)	99,0%	(154.000)
Muerto	1,0%	(1.586)	0,7%	(5)	1,0%	(1.591)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012

5.4. Egresos hospitalarios por tumores

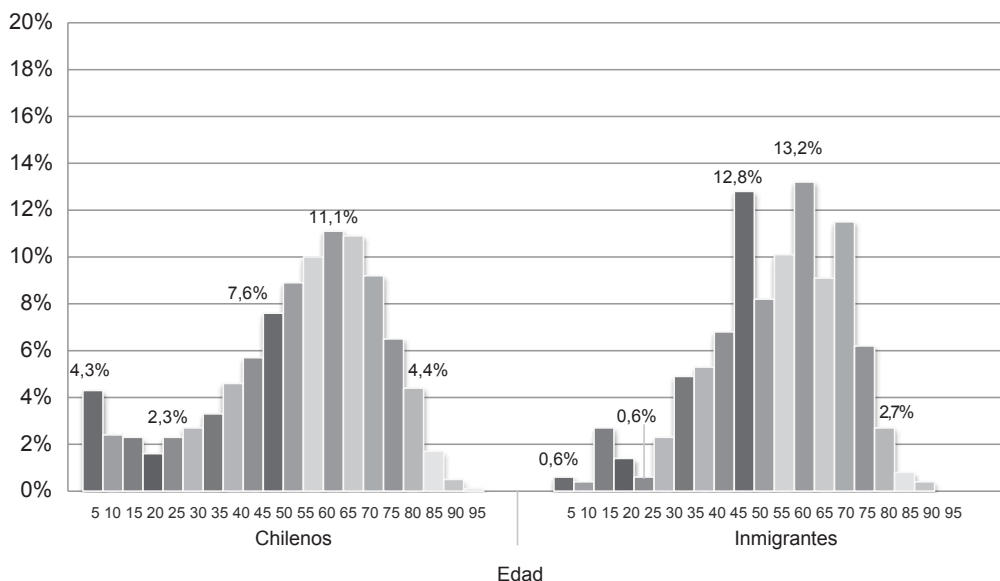
Del total de egresos hospitalarios correspondientes a migrantes internacionales el 2012, el 8,4% registró tumores (neoplasias) como causa principal de egreso, situando a esta como la tercera principal causa de egresos hospitalarios en esta población, o segunda sin considerar egresos por embarazo parto o puerperio (en cuyo caso el porcentaje asciende a un 14,8% del total de sus egresos hospitalarios, Tabla 2). El 69,4% de los casos de egresos hospitalarios por tumores recaen en tumores malignos, es decir cánceres. Por su contraparte, en población local los tumores fueron la séptima causa de egresos hospitalarios, dentro de los cuales el 64,4% corresponden a tumores malignos.

Los egresos por cáncer en población inmigrante se concentran entre las regiones Metropolitana y de Tarapacá, mientras que en población local estos se concentra en las regiones Metropolitana, Valparaíso y Biobío (75,1% de los egresos por cáncer en inmigrantes se produjeron en la región metropolitana y 3,3% en Tarapacá). Es importante destacar el alto porcentaje de egresos hospitalarios de los cuales no se tiene información acerca de la región de residencia del paciente en la base de egresos nacional del 2012, situación que no ocurre en población chilena (17,5% sin residencia en inmigrantes vs 0,2% en chilenos) (Tabla 7).

Respecto al sexo, en ambas poblaciones, un poco más de la mitad de los egresos por cáncer fueron en pacientes mujeres, más específicamente 55,4% del total de egresos por cáncer en chilenos y 59,3% del total egresos por cáncer en inmigrantes (Tabla 7). A excepción de algunos tramos de edad específicos, tanto población local como migrante internacional presentan proporciones de egresos hospitalarios por cáncer similares en cada grupo etario, situación que se mantiene tras estratificar por sexo. En general, entre los 55 y 75 años hay un incremento de egresos hospitalarios por tumores malignos, abarcando alrededor del 40% del total de egresos por esta causa en ambas poblaciones. Dentro de aquellas excepciones destacan los egresos en menores de 5 años, donde del total de egresos por cáncer en población local el 4,3% corresponde a menores de 5 años, porcentaje 7 veces mayor que el porcentaje de egresos en el mismo tramo de edad en población inmigrante (Figura 3).

Figura 3

Distribución de edad para egresos hospitalarios por cáncer según condición migratoria, Chile 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

En inmigrantes, el mayor porcentaje de egresos por esta causa se registra en afiliados al sistema privado de salud (46,3%), seguido por afiliados al sistema público (23%), que a su vez presentan un porcentaje muy cercano a aquellos sin previsión de salud (22,6%). En población local en cambio un amplio porcentaje corresponde a afiliados al sistema público de salud (71,1%) y tan solo una centésima parte de los egresos fue en sujetos sin previsión de salud (Tabla 7).

En inmigrantes y tras estratificar por sexo, aun son predominantes aquellos egresos correspondientes a afiliados al sistema privado de salud. En mujeres inmigrantes afiliados a ISAPRE estos egresos llegan al 50,7% del total. En hombres inmigrantes en tanto este porcentaje alcanza un 39,9% cifra similar al porcentaje de egresos en pacientes sin previsión de salud (32,3%) (Figura 4).

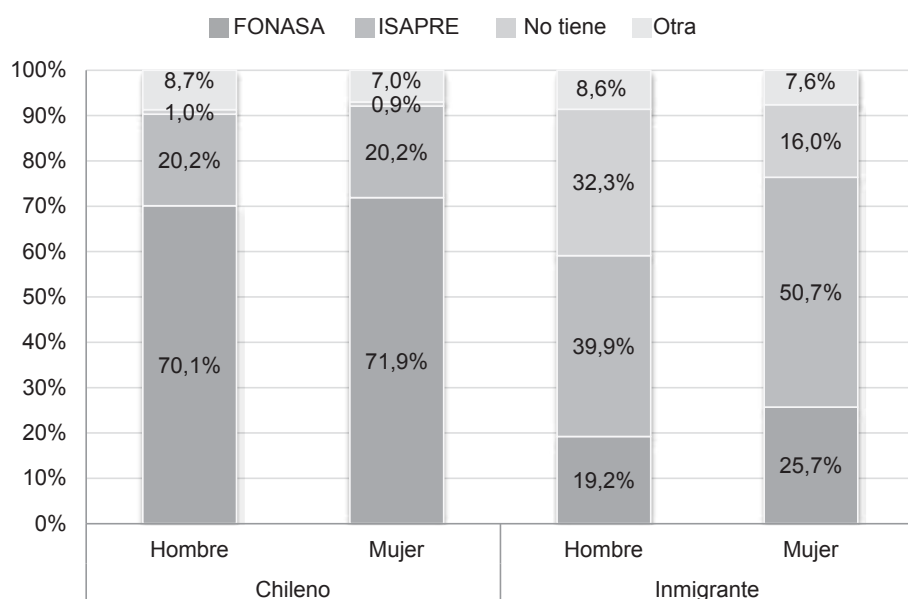
Los inmigrantes presentan un 2,5% de letalidad hospitalaria por cáncer y la población local presenta una cifra cercana al doble con un 5,2% de mortalidad hospitalaria por esta causa (Tabla 8). No obstante, los fallecidos inmigrantes presentan una edad promedio de muerte menor que la población local (60 años inmigrantes vs 65 años chilenos). Las proporciones de intervención quirúrgica son similares en chilenos e inmigrantes; sin embargo, son los primeros los que presentan un mayor porcentaje de estadías (días de hospitalización) de 4 o más días (Tabla 8).

Dentro de los egresos hospitalarios por cáncer las tres causas más comunes fueron: (i) Tumores malignos de los órganos digestivos (22,9% total: 18,5% inmigrantes, 22,9% chilenos), (ii) Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (17,4% total: 17,7% inmigrantes, 17,4% chilenos); (iii) Tumor maligno de la mama (10,3% total: 16,7% inmigrantes, 10,3% chilenos) (Tabla 8).

Los egresos por cáncer de los **órganos digestivos**, en términos relativos a la condición migratoria se produjeron en mayor proporción en población local, siendo la primera causa de egresos por cáncer. Para ambas poblaciones los egresos por esta causa correspondieron mayormente a pacientes de sexo masculino, 53,2% de hombres en chilenos y 56,7% en inmigrantes. En este cáncer en particular se repiten los patrones observados a lo largo del capítulo, donde en inmigrantes los egresos se producen en pacientes en promedio más jóvenes que los chilenos (61 años inmigrantes vs 64 años chilenos) y mayoritariamente sin previsión de salud (37,8%). Esto en contraposición a los chilenos cuyos egresos por esta causa corresponden en su mayoría a pacientes con previsión de salud, principalmente FONASA (75,4%). Una de las particularidades de los egresos por órganos digestivos, es que la mayoría de los egresos por cáncer que terminaron en fallecimiento correspondió a egresos por esta causa (22,9% en chilenos y un 34,4% en inmigrante).

Figura 4

Distribución de la previsión de salud en egresos hospitalarios por cáncer, según sexo, para chilenos e inmigrantes. Chile 2012.



En términos relativos a la condición migratoria, el **cáncer de mama** se presenta en mayor proporción en población inmigrante que en local. En inmigrantes los egresos hospitalarios por esta causa predominan en pacientes adscritos al sistema privado de salud, alcanzando un 63% de estos egresos. Por el contrario, en pacientes chilenos predominan los adscritos al sistema público de salud, correspondientes a un 65,6% del total de egresos por esta causa. Las inmigrantes presentan menores porcentajes de intervenciones quirúrgicas que las chilenas, 46,4% versus 72,3%, respectivamente. En las primeras el 82,7% de los egresos hospitalarios se produce en el servicio clínico de oncología, en los segundos estos se reparten entre área quirúrgica indiferenciada (11,3%), cirugía básica (17,1%), ginecología (17,9%) y oncología (20%) principalmente.

Situación diferente ocurre en el caso de **cáncer de los órganos genitales masculinos**, dentro del que se incluye el cáncer de próstata (C61 del código CIE-10). En este, la mayoría de los egresos de población migrante internacional corresponde a pacientes sin previsión de salud seguidos de afiliados al sistema privado de salud, equivalentes al 47,1% y 35,3% respectivamente. En población local el 70,8% de los egresos por esta causa se produjo en pacientes en el sistema público de salud seguido por el 20,1% correspondiente a afiliados al sistema privado. Adicionalmente, son los inmigrantes los que se intervienen quirúrgicamente por cáncer de órganos genitales masculinos en mayor proporción en comparación a los chilenos, 76,5% versus 49% en chilenos respectivamente. Similar a lo ocurrido en los egresos por cáncer de mama, en inmigrantes la mayoría de los egresos hospitalarios por esta causa se producen a través de servicios clínicos oncológicos (58,8%) seguido, en este caso, por derivaciones desde médicos quirúrgicos (29,4%). En chilenos estos se producen principalmente en servicios oncológicos, urología, áreas quirúrgicas indiferenciadas y medicina básica.

Tabla 7

Perfil demográfico y previsión de salud de los pacientes egresados por tumores malignos (cáncer), según condición migratoria, Chile 2012.

	Chileno		Inmigrante		Total	
	(74.282)		(486)		(74.768)	
Edad						
0-14	8,6%	(6.370)	3,7%	(18)	8,5%	(6.388)
15-29	6,3%	(4.702)	3,9%	(19)	6,3%	(4.721)
30-44	12,8%	(9.512)	16,0%	(78)	12,8%	(9.590)
45-59	25,9%	(19.215)	29,4%	(143)	25,9%	(19.358)
60-74	31,7%	(23.565)	31,7%	(154)	31,7%	(23.719)
75-89	14,0%	(10.377)	14,6%	(71)	14,0%	(10.448)
90 o más	0,7%	(541)	0,6%	(3)	0,7%	(544)
Sexo						
Hombre	44,6%	(33.130)	40,7%	(198)	44,6%	(33.328)
Mujer	55,4%	(41.152)	59,3%	(288)	55,4%	(41.440)
Región						
Tarapacá	0,9%	(699)	3,3%	(16)	1,0%	(715)
Antofagasta	2,6%	(1.907)	0,4%	(2)	2,6%	(1.909)
Atacama	1,1%	(799)	0,2%	(1)	1,1%	(800)
Coquimbo	3,1%	(2.294)	0,6%	(3)	3,1%	(2.297)
Valparaíso	12,5%	(9.265)	1,0%	(5)	12,4%	(9.270)
Libertador B. O'Higgins	3,9%	(2.921)	0,6%	(3)	3,9%	(2.924)
Maule	5,1%	(3.796)	0,2%	(1)	5,1%	(3.797)
Biobío	10,3%	(7.622)	0,4%	(2)	10,2%	(7.624)
La Araucanía	3,3%	(2.477)	0,2%	(1)	3,3%	(2.478)
Los Lagos	4,5%	(3.354)	0,2%	(1)	4,5%	(3.355)
Aisén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	0,5%	(349)	0,2%	(1)	0,5%	(350)
Magallanes y de La Antártica Chilena	0,9%	(674)	0,0%	(0)	0,9%	(674)
Metropolitana de Santiago	42,2%	(31.380)	75,1%	(365)	42,5%	(31.745)
Los Ríos	7,5%	(5.604)	0,0%	(0)	7,5%	(5.604)
Arica y Parinacota	1,4%	(1.010)	0,0%	(0)	1,4%	(1.010)
Sin registro	0,2%	(131)	17,5%	(85)	0,3%	(216)
Previsión de salud						
FONASA	71,1%	(52.793)	23,0%	(112)	70,8%	(52.905)
ISAPRE	20,2%	(14.997)	46,3%	(225)	20,4%	(15.222)
No tiene	1,0%	(715)	22,6%	(110)	1,1%	(825)
Otros	7,8%	(57.77)	8,0%	(39)	7,8%	(5.816)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Tabla 8

Perfil hospitalario de los pacientes egresados por tumores malignos (cáncer), según condición migratoria. En Chile durante el año 2012.

	Chileno		Inmigrante		Total	
	(n=74.382)		(n=486)		(n=74.868)	
Tipo de cáncer						
Órganos digestivos	22,9%	(17.042)	18,5%	(90)	22,9%	(17.132)
Tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	17,4%	(12.904)	17,7%	(86)	17,4%	(12.990)
Mama	10,3%	(7.647)	16,7%	(81)	10,3%	(7.728)
Órganos genitales femeninos	8,5%	(6.289)	7,4%	(36)	8,4%	(6.325)
Sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	4,9%	(3.655)	7,2%	(35)	4,9%	(3.690)
Órganos respiratorios e intratorácicos	5,1%	(3.789)	7,0%	(34)	5,1%	(3.823)
In situ	4,1%	(3.029)	6,4%	(31)	4,1%	(3.060)
Glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	5,1%	(3.789)	4,5%	(22)	5,1%	(3.811)
Órganos genitales masculinos	7,7%	(5.694)	3,5%	(17)	7,6%	(5.711)
Labio, de la cavidad bucal y de la faringe	1,3%	(995)	3,3%	(16)	1,4%	(1.011)
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	2,8%	(2.052)	2,9%	(14)	2,8%	(2.066)
Las vías urinarias	4,1%	(3.068)	2,5%	(12)	4,1%	(3.080)
Ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	2,8%	(2.049)	1,6%	(8)	2,7%	(2.057)
Tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	1,5%	(1.129)	0,6%	(3)	1,5%	(1.132)
Huesos y de los cartílagos articulares	1,4%	(1.005)	0,2%	(1)	1,3%	(1.006)
Malignos (primarios) de sitios múltiples independientes	0,2%	(146)	0,0%	(0)	0,2%	(146)
Condición de egreso						
Vivo	94,8%	(70.446)	97,5%	(474)	94,9%	(70.920)
Fallecido	5,2%	(3836)	2,5%	(12)	5,1%	(3.848)
Intervención quirúrgica						
Si	40,4%	(30.022)	43,2%	(210)	40,4%	(30.232)
No	59,6%	(44.260)	56,8%	(276)	59,6%	(44.536)
Días de hospitalización						
1 día	25,8%	(19.202)	37,7%	(183)	25,9%	(19.385)
2 días	14,0%	(10.441)	18,3%	(89)	14,1%	(10.530)
3 días	10,0%	(7.473)	11,3%	(55)	10,1%	(7.528)
4 o más días	50,1%	(37.266)	32,7%	(159)	50,0%	(37.425)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

5.5. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento

Como un indicador grueso de salud mental en la población, no está de más relevar la información sobre egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en migrantes internacionales (ver Cuadro 2). En dicha población los egresos hospitalarios por esta causa corresponden al 1,7% del total, sin considerar egresos por embarazo parto o puerperio, equivalentes a 80 egresos hospitalarios (Tabla 2).

Dichos egresos se reparten igualmente entre hombres y mujeres, concentrándose principalmente en pacientes entre 30 y 39 años, correspondiente a un 42,5% de los egresos por tal causa en inmigrantes (Tabla 9). De los 80 egresos hospitalarios, 22 corresponden a trastornos del humor y 17 a trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (Tabla 10). Por último, un alto porcentaje (35%) de estos egresos corresponden a pacientes sin previsión de salud, seguido por 27,5% afiliados al sistema privado del salud, y 23,8% afiliados al sistema público de salud. El porcentaje restante pertenece a afiliados a otros tipos de sistema de previsión (Tabla 9).

Cuadro 2

Antecedentes de salud mental en migrantes internacionales en Chile.

En relación a la salud mental en población migrante en Chile se tienen los estudios de:

- **Yañez S. & Cardenas M**, 2010, realizado en Antofagasta y Calama, señala que en inmigrantes sudamericanos la depresión, ansiedad y estrés son características propias del proceso de aculturación, sobre todo cuando este se asocia a marginación social.
- **Universidad de Chile**, 2008, realizado en la clínica psiquiátrica de la comuna de independencia. En este se señala que la autoevaluación de salud mental en inmigrantes es mayoritariamente buena o regular, que el tiempo de permanencia en Chile no se asocia a la presencia de trastornos mentales.

Tabla 9

Perfil demográfico y previsión de salud de los pacientes egresados por trastornos mentales y del comportamiento, según condición migratoria, Chile 2012.

	Chileno		Inmigrante		Total	
	(28214)		(80)		(28294)	
Sexo						
Hombre	48,9%	(13.806)	50,0%	(40)	48,9%	(13.846)
Mujer	51,1%	(14.408)	50,0%	(40)	51,1%	(14.448)
Edad						
[0-14]	5,3%	(1.500)	7,5%	(6)	5,3%	(1.506)
[15-19]	11,3%	(3.176)	11,3%	(9)	11,3%	(3.185)
[20-29]	18,0%	(5.075)	15,0%	(12)	18,0%	(5.087)
[30-39]	18,9%	(5.342)	42,5%	(34)	19,0%	(5.376)
[40-49]	19,7%	(5.559)	15,0%	(12)	19,7%	(5.571)
[50-59]	14,4%	(4.070)	6,3%	(5)	14,4%	(4.075)
60 o más	12,4%	(3.492)	2,5%	(2)	12,3%	(3.494)
Previsión de salud						
FONASA	75,0%	(21.163)	23,8%	(19)	74,9%	(21.182)
ISAPRE	14,8%	(4.183)	27,5%	(22)	14,9%	(4.205)
No tiene (cancela)	2,6%	(745)	35,0%	(28)	2,7%	(773)
Otra	7,5%	(2.123)	13,8%	(11)	7,5%	(2.134)

Región						
De Tarapacá	2,6%	(724)	15,0%	(12)	2,6%	(736)
De Antofagasta	3,5%	(974)	5,0%	(4)	3,5%	(978)
De Atacama	1,1%	(300)	0,0%	(0)	1,1%	(300)
De Coquimbo	2,2%	(614)	0,0%	(0)	2,2%	(614)
De Valparaíso	12,5%	(3.515)	8,8%	(7)	12,4%	(3.522)
Del Libertador B. O'Higgins	3,3%	(929)	5,0%	(4)	3,3%	(933)
Del Maule	3,6%	(1.023)	0,0%	(0)	3,6%	(1.023)
Del Biobío	11,2%	(3.172)	7,5%	(6)	11,2%	(3.178)
De La Araucana	3,5%	(986)	0,0%	(0)	3,5%	(986)
De Los Lagos	5,9%	(1.653)	0,0%	(0)	5,8%	(1.653)
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	1,6%	(455)	0,0%	(0)	1,6%	(455)
De Magallanes y de La Antártica Chilena	2,3%	(660)	0,0%	(0)	2,3%	(660)
Metropolitana de Santiago	36,2%	(10.209)	42,5%	(34)	36,2%	(10.243)
De Los Ríos	8,6%	(2.421)	0,0%	(0)	8,6%	(2.421)
De Arica y Parinacota	1,9%	(524)	3,8%	(3)	1,9%	(527)
Sin información	0,2%	(55)	12,5%	(10)	0,2%	(65)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Tabla 10

Perfil hospitalario de los pacientes egresados por trastornos mentales y del comportamiento, según condición migratoria, Chile 2012.

Tipo de trastorno	Chileno		Inmigrante		Total	
	(28214)		(80)		(28294)	
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	4,8%	(1.365)	1,3%	(1)	4,8%	(1.366)
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	19,2%	(5.415)	16,3%	(13)	19,2%	(5.428)
Trastornos del humor (afectivos)	27,5%	(7.749)	27,5%	(22)	27,5%	(7.771)
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos	12,1%	(3.426)	17,5%	(14)	12,2%	(3.440)
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	1,2%	(326)	1,2%	(1)	1,2%	(327)
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	8,1%	(2.288)	7,5%	(6)	8,1%	(2.294)
Retraso mental	2,2%	(620)	3,8%	(3)	2,2%	(623)
Trastornos del desarrollo psicológico	0,7%	(207)	2,5%	(2)	0,7%	(209)
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia	1,1%	(319)	1,2%	(1)	1,1%	(320)
Trastorno mental no especificado	0,2%	(46)	0,0%	(0)	0,2%	(46)
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	22,9%	(6.453)	21,2%	(17)	22,9%	(6.470)

Condición de egreso								
Vivo	99,7%	(28.130)	100,0%	(80)	99,7%	(28.210)		
Fallecido	0,3%	(84)	0,0%	(0)	0,3%	(84)		
Intervención quirúrgica								
Sí	1,4%	(395)	5,0%	(4)	1,4%	(399)		
No	98,6%	(27.819)	95,0%	(76)	98,6%	(27.895)		
Días de hospitalización			0,0%					
1	16,2%	(4.542)	10,0%	(8)	16,2%	(4.550)		
2	8,2%	(2.309)	11,3%	(9)	8,2%	(2.318)		
3	6,7%	(1.891)	10,0%	(8)	6,8%	(1.899)		
4 o más	68,8%	(19.302)	68,8%	(55)	68,8%	(19.357)		

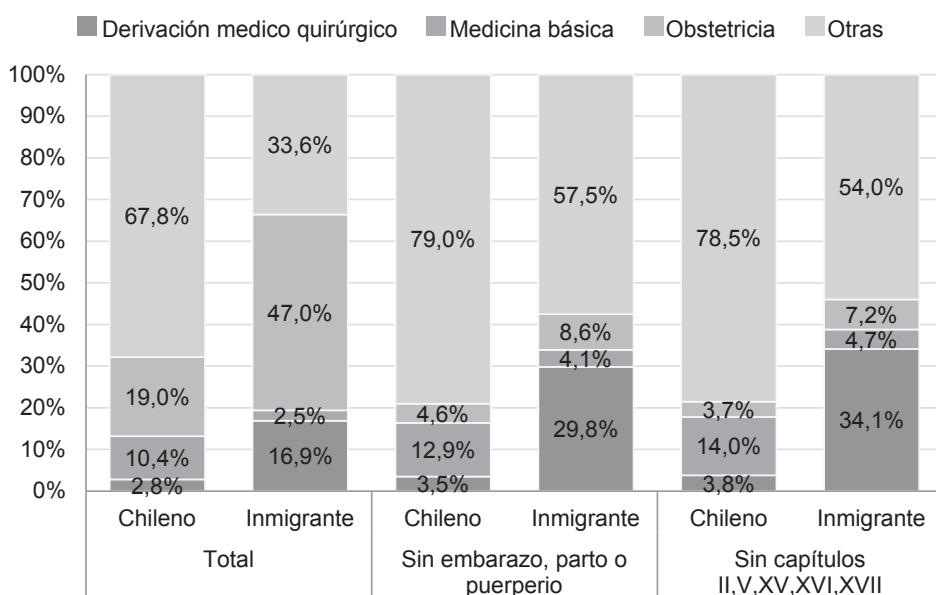
Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

5.6. Servicios clínicos de egresos hospitalarios

En general a través de las distintas causas de morbilidad (Cuadro 1) los egresos hospitalarios correspondientes a población inmigrante fueron en alta proporción productos de servicios clínicos de derivación médico quirúrgico (Figura 5). Es más, en todas las causas la proporción de egresos hospitalarios pertenecientes a servicios clínicos de derivación médico quirúrgico, en su respectiva población, fueron mayores en inmigrantes que en locales, presentando diferencias de hasta un 60 puntos porcentuales entre ambas poblaciones. De esta manera, salvo excepciones como los capítulos II, V, XV, XVI y XVII -donde para ambas poblaciones los egresos fueron mayoritariamente en servicios de la especialidad: oncología, psiquiatría de corta estadía, obstetricia, neonatología y pediatría respectivamente- es la población local la que presenta una mayor heterogeneidad de servicios clínicos de egreso, usualmente correspondientes al servicio pertinente según diagnóstico principal.

Figura 5

Servicio clínico de egreso para el total de egresos hospitalarios en chilenos e inmigrantes, con y sin considerar egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio, Chile 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

5.1. Egresos hospitalarios en grupos etarios extremos (menores de 15 años y mayores de 65 años)

En términos de edad la mayor diferencia entre población local e inmigrante se produce en los grupos etarios extremos. Ya sean egresos hospitalarios de pacientes menores de 15 años o mayores de 65 años, son los inmigrantes los que presentan una menor proporción de estos egresos en comparación con la población local. Ante esta situación y en consideración de la importancia epidemiológica que tiene el análisis de morbilidad en estos grupos etarios, surge interés por explorar egresos hospitalarios en dichos grupos, especialmente en población inmigrante.

Egresos hospitalarios en menores de 15 años

Del total de egresos en menores de 15 años en el país durante el año 2012, el 0,13% se produjo en pacientes migrantes internacionales, equivalentes a 359 egresos hospitalarios. En términos de ubicación geográfica resalta el alto porcentaje de egresos en pacientes inmigrantes menores de un año que registran Valparaíso como región de residencia, casi igualando al número de egresos en la región metropolitana. Este fenómeno no se había registrado en los análisis generales o por morbilidades específicas de egresos hospitalarios mencionados con anterioridad, en los cuales la amplia mayoría se registraba en la región metropolitana seguida de la región de Tarapacá (Tablas 1, 3, 5, 7, 9, 11).

Tanto en chilenos como inmigrantes menores de 15 años la mayor proporción de egresos correspondió a hombres, alcanzando un 56,3% y un 58,5%, respectivamente. En inmigrantes dos décimas partes de los egresos en menores de 15 años corresponden específicamente a menores de un año. En población local esta cifra es del 33,1% (Tabla 11). Respecto a previsión de salud, las proporciones de egresos entre pacientes migrantes de ISAPRE, FONASA y sin previsión de salud son similares, cercanas al 30% cada una de ellas, la menor de estas en pacientes correspondientes a FONASA. Esta situación se invierte en los egresos hospitalarios en menores de un año, de los cuales un 46,9% son en pacientes en el sistema público de salud (Tabla 11). Luego del año de edad se observan de manera sostenida una mayor proporción en afiliados al sistema privado o sin previsión.

Transversalmente para las distintas condiciones migratorias, edad o sexo, una de las causas más importantes de egresos hospitalarios en menores de 15 años es por enfermedades del sistema respiratorio. En el caso de los chilenos el 27,2% del total de egresos en este tramo de edad se produjo por enfermedades del sistema respiratorio. En inmigrantes este porcentaje corresponde al 17,8%, solo superado por los egresos por traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en inmigrantes menores de 15 años (Tabla 12). En mayor detalle, dentro de los egresos por enfermedades respiratorias en inmigrantes la amplia mayoría se produjo por: (i) neumonías e influenza, correspondientes a un 34,4% del total de egresos por causas del sistema respiratorio, y (ii) a enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides, correspondientes a un 35,9% del total de egresos por causas del sistema respiratorio. Esta situación se repite en población local pero en diferente magnitud.

En menores de un año la principal causa de egresos es por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (40,2% chilenos vs 54,9% inmigrantes), compuestas en su mayoría por problemas relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, ictericias y dificultades respiratorias. Es así como, en egresos entre 1 y 14 años se aprecian diferencias entre locales e inmigrantes. Los egresos en inmigrantes entre 1 y 14 años se componen en su mayoría de egresos por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, llegando al 23,3% del total de egresos en dicho tramo de edad, seguidos por enfermedades del sistema respiratorio (19,1%). En chilenos esta situación se invierte, la mayor proporción de egresos se produce a causa de enfermedades del sistema respiratorio, llegando a un 26,4% del total de egresos en chilenos en dicho tramo de edad, seguido de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con un 14,4% del total de egresos en chilenos ente 1 y 14 años. En este grupo etario, la proporción de egresos que figuran con 4 o más días de estadía es similar entre población inmigrante y local (Tabla 12).

Tabla 11

Perfil demográfico y previsión de salud de los pacientes menores de 14 años egresados hospitalariamente. Chile 2012.

	Menores de un año				Entre 1 y 14 años				Menores de 14 años			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
	(91.081)		(71)		(184.289)		(288)		(275.370)		(359)	
Sexo												
Hombre	55,9%	(50.878)	54,9%	(39)	56,5%	(104.076)	59,4%	(171)	56,3%	(154.954)	58,5%	(210)
Mujer	44,1%	(40.203)	45,1%	(32)	43,5%	(80.213)	40,6%	(117)	43,7%	(120.416)	41,5%	(149)
Edad												
0	100%	(91.081)	100%	(71)	-	-	-	-	33,1%	(91.081)	19,8%	(71)
[1-4]	-	-	-	-	44,2%	(81.546)	37,5%	(108)	29,6%	(81.546)	30,1%	(108)
[5-9]	-	-	-	-	29,1%	(53.699)	29,9%	(86)	19,5%	(53.699)	24,0%	(86)
[10-14]	-	-	-	-	26,6%	(49.044)	32,6%	(94)	17,8%	(49.044)	26,2%	(94)

Previsión de salud												
FONASA	77,9%	(70.976)	66,2%	(47)	74,4%	(137.141)	23,6%	(68)	75,6%	(208.117)	32,0%	(115)
ISAPRE	11,9%	(10.828)	9,9%	(7)	18,5%	(34.002)	37,2%	(107)	16,3%	(44.830)	31,8%	(114)
No tiene	3,5%	(3.155)	12,7%	(9)	1,2%	(2.203)	30,6%	(88)	1,9%	(5.358)	27,0%	(97)
Otra	6,7%	(6.122)	11,3%	(8)	5,9%	(10.943)	8,7%	(25)	6,2%	(17.065)	9,2%	(33)
Región												
Tarapacá	1,1%	(1.018)	4,2%	(3)	1,3%	(2.451)	13,5%	(39)	1,3%	(3.469)	11,7%	(42)
Antofagasta	4,0%	(3.680)	2,8%	(2)	4,4%	(8.073)	6,3%	(18)	4,3%	(11.753)	5,6%	(20)
Atacama	1,8%	(1.602)	0,0%	(0)	1,9%	(3.490)	0,3%	(1)	1,8%	(5.092)	0,3%	(1)
Coquimbo	3,8%	(3.492)	4,2%	(3)	3,3%	(6.055)	0,7%	(2)	3,5%	(9.547)	1,4%	(5)
Valparaíso	9,5%	(8.657)	31,0%	(22)	10,1%	(18.662)	2,4%	(7)	9,9%	(27.319)	8,1%	(29)
Libertador B. O'Higgins	4,8%	(4.409)	2,8%	(2)	4,5%	(8.336)	1,4%	(4)	4,6%	(12.745)	1,7%	(6)
Maule	5,1%	(4.655)	0,0%	(0)	4,9%	(9.091)	0,3%	(1)	5,0%	(13.746)	0,3%	(1)
Biobío	11,9%	(10.805)	2,8%	(2)	12,8%	(23.529)	1,7%	(5)	12,5%	(34.334)	1,9%	(7)
La Araucanía	3,0%	(2.712)	1,4%	(1)	3,5%	(6.420)	1,0%	(3)	3,3%	(9.132)	1,1%	(4)
Los Lagos	5,1%	(4.634)	1,4%	(1)	5,8%	(10.721)	0,3%	(1)	5,6%	(15.355)	0,6%	(2)
Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0,6%	(553)	0,0%	(0)	0,8%	(1.412)	0,0%	(0)	0,7%	(1.965)	0,0%	(0)
Magallanes y de La Antártica Chilena	0,8%	(704)	0,0%	(0)	1,2%	(2.153)	0,0%	(0)	1,0%	(2.857)	0,0%	(0)
Metropolitana de Santiago	41,0%	(37.363)	32,4%	(23)	37,5%	(69.047)	57,3%	(165)	38,6%	(106.410)	52,4%	(188)
Los Ríos	6,3%	(5.720)	2,8%	(2)	6,9%	(12.699)	1,0%	(3)	6,7%	(18.419)	1,4%	(5)
Arica y Parinacota	0,7%	(649)	1,4%	(1)	1,0%	(1.817)	2,1%	(6)	0,9%	(2.466)	1,9%	(7)
Sin Reportar	0,5%	(428)	12,7%	(9)	0,2%	(333)	11,5%	(33)	0,3%	(761)	11,7%	(42)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

203

Tabla 12

Perfil hospitalario de los pacientes menores de 14 años egresados hospitalariamente. Chile 2012.

Capítulo de causa	Menores de un año				Entre 1 y 14 años				Menores de 14 años			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
I	6,2%	(5.667)	2,8%	(2)	7,2%	(13.339)	5,2%	(15)	6,9%	(19.006)	4,7%	(17)
II	0,4%	(366)	2,8%	(2)	4,7%	(8.718)	7,3%	(21)	3,3%	(9.084)	6,4%	(23)
III	0,3%	(282)	0,0%	(0)	1,2%	(2.221)	1,0%	(3)	0,9%	(2.503)	0,8%	(3)
IV	0,5%	(425)	1,4%	(1)	1,3%	(2.314)	0,7%	(2)	1,0%	(2.739)	0,8%	(3)
V	0,0%	(0)	0,0%	(0)	0,8%	(1.500)	2,1%	(6)	0,5%	(1.500)	1,7%	(6)
VI	1,2%	(1.073)	1,4%	(1)	2,9%	(5.416)	1,4%	(4)	2,4%	(6.489)	1,4%	(5)
VII	0,2%	(213)	1,4%	(1)	0,8%	(1.456)	0,3%	(1)	0,6%	(1.669)	0,6%	(2)
VIII	0,1%	(111)	0,0%	(0)	1,0%	(1.811)	0,3%	(1)	0,7%	(1.922)	0,3%	(1)
IX	0,2%	(168)	0,0%	(0)	1,0%	(1.777)	1,7%	(5)	0,7%	(1.945)	1,4%	(5)
X	28,9%	(26.323)	12,7%	(9)	26,4%	(48.654)	19,1%	(55)	27,2%	(74.977)	17,8%	(64)
XI	2,8%	(2.575)	4,2%	(3)	12,5%	(22.984)	9,4%	(27)	9,3%	(25.559)	8,4%	(30)
XII	0,5%	(451)	0,0%	(0)	2,0%	(3.746)	2,4%	(7)	1,5%	(4.197)	1,9%	(7)
XIII	0,1%	(115)	0,0%	(0)	2,3%	(4.208)	0,7%	(2)	1,6%	(4.323)	0,6%	(2)
XIV	3,9%	(3.518)	5,6%	(4)	7,3%	(13.434)	6,9%	(20)	6,2%	(16.952)	6,7%	(24)
XV	0,0%	(0)	0,0%	(0)	0,8%	(1.406)	1,4%	(4)	0,5%	(1.406)	1,1%	(4)

XVI	40,2%	(36.599)	54,9%	(39)	0,0%	(0)	0,0%	(0)	13,3%	(36.599)	10,9%	(39)
XVII	5,8%	(5.300)	4,2%	(3)	5,0%	(9.137)	8,7%	(25)	5,2%	(14.437)	7,8%	(28)
XVIII	3,2%	(2.897)	4,2%	(3)	5,6%	(10.324)	4,2%	(12)	4,8%	(13.221)	4,2%	(15)
XIX	1,9%	(1.717)	2,8%	(2)	14,4%	(26.585)	23,3%	(67)	10,3%	(28.302)	19,2%	(69)
XXI	3,6%	(3.281)	1,4%	(1)	2,9%	(5.259)	3,8%	(11)	3,1%	(8.540)	3,3%	(12)
Condición de egreso												
Vivo	98,8%	(89.965)	100,0%	(71)	99,8%	(183.957)	99,7%	(287)	99,5%	(273.922)	99,7%	(358)
Muerto	1,2%	(1.116)	0,0%	(0)	0,2%	(332)	0,3%	(1)	0,5%	(1.448)	0,3%	(1)
Intervención quirúrgica												
Sí	7,0%	(6.371)	7,0%	(5)	40,0%	(73.749)	52,1%	(150)	29,1%	(80.120)	43,2%	(155)
No	93,0%	(84.710)	93,0%	(66)	60,0%	(110.540)	47,9%	(138)	70,9%	(195.250)	56,8%	(204)
Días de hospitalización												
1	20,6%	(18.752)	25,4%	(18)	47,0%	(86.522)	50,7%	(146)	38,2%	(105.274)	45,7%	(164)
2	17,6%	(15.985)	16,9%	(12)	15,6%	(28.673)	16,3%	(47)	16,2%	(44.658)	16,4%	(59)
3	12,8%	(11.679)	11,3%	(8)	10,8%	(19.946)	4,2%	(12)	11,5%	(31.625)	5,6%	(20)
4 o más	49,0%	(44.646)	46,5%	(33)	26,6%	(49.091)	28,8%	(83)	34,0%	(93.737)	32,3%	(116)

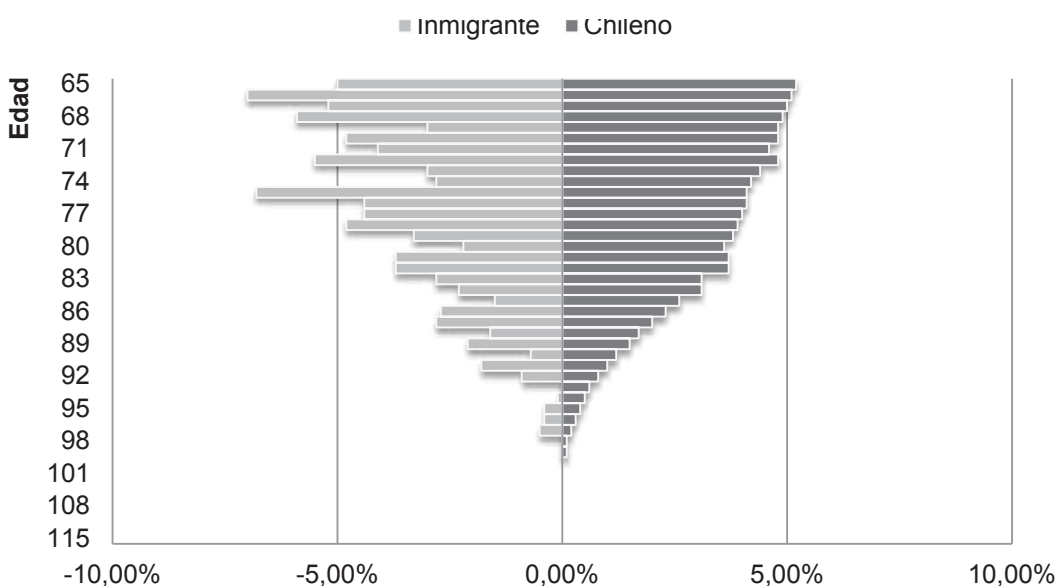
Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Egresos hospitalarios en mayores de 65 años

Del total de egresos hospitalarios correspondientes a pacientes mayores de 65 años del país en el año 2012, el 0,25% correspondió a población inmigrante, equivalente a un total de 820 egresos hospitalarios. De estos el 72,8% se produjo en residentes de la región metropolitana. En población local el egreso a mayor edad se produjo a los 115 años, muy por encima de la mayor edad de egreso registrada en población inmigrantes, 97 años. Además en población local se presenta de manera consistente una disminución de la cantidad de egresos a mayor edad, disminución que también ocurre en población migrante internacional pero de manera intermitente a través de los distintos tramos de edad (Figura 6).

Figura 6

Distribución de edad, en egresos hospitalarios de mayores de 65 años, según condición migratoria. Chile 2012.



Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

En relación a la condición de sexo entre población chilena e inmigrante en los primeros la mayor proporción de egresos hospitalarios corresponde a mujeres, específicamente un 52,2% del total de egresos en chilenos mayores de 65 años. En los segundos, la mayor proporción corresponde a hombres, con un 52,8% del total de egresos en inmigrante mayores de 65 años (Tabla 13).

Como ha sido la tendencia, la población local presenta más de un 80% de sus egresos hospitalarios en pacientes afiliados al sistema público de salud. Pese a esto, en este tramo de edad destaca el alto porcentaje de egresos hospitalarios correspondientes a afiliados a otros sistemas previsionales, los cuales casi se equiparan a los del sistema privado (8,5% Otros vs 9% ISAPRE). En inmigrantes se mantiene la tendencia a presentar altos porcentajes de egresos hospitalarios por parte de pacientes en el sistema privado de salud o sin previsión de salud (Tabla 13). Al observar esta situación por sexo, las mujeres inmigrantes presentan levemente una mayor proporción de egresos correspondientes a afiliadas a FONASA que los hombres, los cuales ostentan en mayor proporción egresos hospitalarios pertenecientes a ISAPRE. En ambos casos destaca el porcentaje de egresos correspondientes a egresos sin previsión de salud (Tabla 13).

En población local las tres principales causas de egresos hospitalarios en mayores de 65 años, inclusive tras estratificar por sexo, son: (i) enfermedades del sistema circulatorio, (ii) enfermedades del sistema respiratorio y (iii) enfermedades del sistema digestivo. En población inmigrante en cambio, las dos principales causas de egresos hospitalarios en adultos mayores son: (i) tumores, correspondientes a un 23,3% del total de egresos en esta población, y (ii) enfermedades del sistema circulatorio, correspondientes al 18,5%. Al analizar esta situación por sexo, los tumores y enfermedades del sistema circulatorio siguen siendo las primeras causas de egreso. Sin embargo, en mujeres el porcentaje de egresos por enfermedades del sistema circulatorio es menor; la tercera principal causa de egresos en este grupo de hecho es por traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. Los hombres por su parte registran como tercera principal causa de egreso enfermedades del sistema respiratorio (Tabla 14).

Dentro de los egresos por tumores en inmigrantes sobresalen como tres primeras causas: (i) el cáncer del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (23,6% del total de egresos por tumor en inmigrantes mayores de 65 años), (ii) tumor maligno de los órganos digestivos (21,7% del total de egresos por tumor en inmigrantes mayores de 65 años) y (iii) tumores de órganos genitales masculinos y femeninos según sea el caso.

Así mismo dentro de los egresos por enfermedades del sistema circulatorios en población adulta mayor inmigrante, sobresalen las enfermedades isquémicas al corazón en el caso de los hombres (35,2% del total de egresos por enfermedades del sistema circulatorio en hombres inmigrantes mayores de 65 años) y otras formas de enfermedad del corazón como fibrilación, aleteo auricular e insuficiencia cardiaca en el caso de las mujeres (23% del total de egresos por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres inmigrantes mayores de 65 años).

En adultos mayores se mantienen algunos de los patrones de características de hospitalización mencionadas con anterioridad, donde son los migrantes internacionales los que presentan una menor proporción de egresos hospitalarios con estadías de 4 o más días y una mayor proporción de egresos hospitalarios que requirieron de una intervención quirúrgica comparados con la población chilena (Tabla 14).

Tabla 13

Perfil demográfico y previsión de salud de los pacientes mayores de 65 años egresados hospitalariamente. Chile 2012.

Sexo	Total				Hombres				Mujeres			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
Hombre	47,8%	(157.272)	52,8%	(433)	100,0%	(157.272)	100,0%	(433)	-	-	-	-
Mujer	52,2%	(171.686)	47,2%	(387)	-	-	-	-	100,0%	(171686)	100,0%	(387)
Edad												
[65-74]	47,6%	(156.592)	46,3%	(380)	51,2%	(80.531)	46,7%	(202)	44,3%	(76061)	46,0%	(178)
[75-84]	37,0%	(121.615)	38,3%	(314)	36,5%	(57.463)	38,3%	(166)	37,4%	(64152)	38,2%	(148)
85 o más	15,4%	(50.751)	15,4%	(126)	12,3%	(19.278)	15,0%	(65)	18,3%	(31473)	15,8%	(61)
Previsión de salud												
FONASA	81,3%	(267.572)	22,1%	(181)	80,2%	(126.062)	17,6%	(76)	82,4%	(141510)	27,1%	(105)
ISAPRE	9,0%	(29.618)	36,6%	(300)	9,9%	(15.527)	40,9%	(177)	8,2%	(14091)	31,8%	(123)
No tiene	1,2%	(3.822)	32,3%	(265)	1,1%	(1.778)	33,5%	(145)	1,2%	(2044)	31,0%	(120)
Otra	8,5%	(27.946)	9,0%	(74)	8,8%	(13.905)	8,1%	(35)	8,2%	(14041)	10,1%	(39)
Región												
Tarapacá	1,0%	(3.432)	2,1%	(17)	1,1%	(1.655)	0,9%	(4)	1,0%	(1777)	3,4%	(13)
Antofagasta	2,3%	(7.675)	1,1%	(9)	2,4%	(3.759)	0,5%	(2)	2,3%	(3916)	1,8%	(7)

Atacama	1,4%	(4.558)	0,5%	(4)	1,5%	(2.429)	0,9%	(4)	1,2%	(2129)	0,0%	(0)
Coquimbo	3,3%	(10.913)	1,5%	(12)	3,5%	(5.514)	1,4%	(6)	3,1%	(5399)	1,6%	(6)
Valparaíso	14,0%	(46.039)	4,5%	(37)	13,7%	(21.615)	5,5%	(24)	14,2%	(24424)	3,4%	(13)
Libertador B. O'Higgins	4,6%	(15.151)	1,3%	(11)	4,9%	(7.776)	1,6%	(7)	4,3%	(7375)	1,0%	(4)
Maule	5,7%	(18.687)	0,4%	(3)	6,1%	(9.549)	0,5%	(2)	5,3%	(9138)	0,3%	(1)
Biobío	13,9%	(45.703)	1,2%	(10)	13,9%	(21.861)	0,9%	(4)	13,9%	(23842)	1,6%	(6)
La Araucanía	3,9%	(12.903)	1,0%	(8)	3,9%	(6.127)	0,5%	(2)	3,9%	(6776)	1,6%	(6)
Los Lagos	5,1%	(16.808)	1,2%	(10)	5,3%	(8.293)	0,7%	(3)	5,0%	(8515)	1,8%	(7)
Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0,6%	(1.854)	0,2%	(2)	0,6%	(957)	0,2%	(1)	0,5%	(897)	0,3%	(1)
Magallanes y de La Antártica Chilena	1,3%	(4.394)	0,0%	(0)	1,4%	(2.162)	0,0%	(0)	1,3%	(2232)	0,0%	(0)
Metropolitana de Santiago	34,3%	(112.898)	72,8%	(597)	33,2%	(52.171)	76,0%	(329)	35,4%	(60727)	69,3%	(268)
Los Ríos	7,0%	(23.175)	1,5%	(12)	7,0%	(11.057)	1,2%	(5)	7,1%	(12118)	1,8%	(7)
Arica y Parinacota	1,3%	(4.129)	0,9%	(7)	1,3%	(2.041)	0,5%	(2)	1,2%	(2088)	1,3%	(5)
Sin Reportar	0,2%	(639)	9,9%	(81)	0,2%	(306)	8,8%	(38)	0,2%	(333)	11,1%	(43)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Tabla 14

Perfil hospitalario de salud de los pacientes mayores de 65 años egresados hospitalariamente. Chile 2012.

	Total				Hombres				Mujeres			
	Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante	
Capítulo de causa												
I	2,5%	(8.317)	2,1%	(17)	2,4%	(3.778)	1,8%	(8)	2,6%	(4.539)	2,3%	(9)
II	10,2%	(33.619)	23,3%	(191)	10,8%	(17.056)	24,9%	(108)	9,6%	(16.563)	21,4%	(83)
III	0,9%	(3.035)	1,0%	(8)	0,8%	(1.253)	0,9%	(4)	1,0%	(1.782)	1,0%	(4)
IV	4,1%	(13.454)	2,4%	(20)	4,3%	(6.685)	1,4%	(6)	3,9%	(6.769)	3,6%	(14)
V	0,7%	(2.459)	0,0%	(0)	0,7%	(1.075)	0,0%	(0)	0,8%	(1.384)	0,0%	(0)
VI	1,4%	(4.721)	2,1%	(17)	1,4%	(2.209)	1,8%	(8)	1,5%	(2.512)	2,3%	(9)
VII	2,5%	(8.092)	0,9%	(7)	2,1%	(3.242)	0,7%	(3)	2,8%	(4.850)	1,0%	(4)
VIII	0,3%	(840)	0,4%	(3)	0,2%	(348)	0,2%	(1)	0,3%	(492)	0,5%	(2)
IX	19,6%	(64.542)	18,5%	(152)	20,8%	(32.693)	21,0%	(91)	18,6%	(31.849)	15,8%	(61)
X	15,1%	(49.522)	9,8%	(80)	14,6%	(22.916)	9,2%	(40)	15,5%	(26.606)	10,3%	(40)
XI	12,9%	(42.591)	9,5%	(78)	13,1%	(20.631)	8,8%	(38)	12,8%	(21.960)	10,3%	(40)
XII	1,7%	(5.607)	1,1%	(9)	1,6%	(2.561)	1,4%	(6)	1,8%	(3.046)	0,8%	(3)
XIII	3,7%	(12.048)	7,1%	(58)	2,9%	(4.623)	5,3%	(23)	4,3%	(7.425)	9,0%	(35)
XIV	10,3%	(33.757)	6,3%	(52)	11,4%	(17.996)	7,9%	(34)	9,2%	(15.761)	4,7%	(18)
XVII	0,1%	(430)	0,0%	(0)	0,1%	(196)	0,0%	(0)	0,1%	(234)	0,0%	(0)
XVIII	3,5%	(11.363)	3,9%	(32)	3,7%	(5.748)	4,6%	(20)	3,3%	(5.615)	3,1%	(12)
XIX	7,7%	(25.357)	9,9%	(81)	6,2%	(9.676)	7,4%	(32)	9,1%	(15.681)	12,7%	(49)
XXI	2,8%	(9.204)	1,8%	(15)	2,9%	(4.586)	2,5%	(11)	2,7%	(4.618)	1,0%	(4)
Condición de egreso												
Vivo	92,9%	(305.740)	97,0%	(795)	92,6%	(145.707)	97,0%	(420)	93,2%	(160.033)	96,9%	(375)
Muerto	7,1%	(23.218)	3,0%	(25)	7,4%	(11.565)	3,0%	(13)	6,8%	(11.653)	3,1%	(12)

Intervención quirúrgica												
Sí	29,4%	(96.592)	37,9%	(311)	30,0%	(47.232)	36,3%	(157)	28,8%	(49.360)	39,8%	(154)
No	70,6%	(232.366)	62,1%	(509)	70,0%	(110.040)	63,7%	(276)	71,2%	(122.326)	60,2%	(233)
Días de hospitalización												
1	20,4%	(66.966)	26,7%	(219)	19,8%	(31.200)	27,5%	(119)	20,8%	(35.766)	25,8%	(100)
2	11,0%	(36.226)	17,2%	(141)	10,60%	(16.704)	17,60%	(76)	11,40%	(19.522)	16,80%	(65)
3	8,7%	(28.580)	11,2%	(92)	8,50%	(13.382)	11,30%	(49)	8,90%	(15.198)	11,10%	(43)
4 o más	59,9%	(197.065)	44,9%	(368)	61,00%	(95.938)	43,60%	(189)	58,90%	(101.127)	46,30%	(179)

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

6. Conclusiones

Este análisis inédito de egresos hospitalarios de centros públicos y privados de Chile del año 2012 entrega relevante evidencia para el país en general, y también en cuanto a comparaciones gruesas entre chilenos y población migrante internacional. Dentro de los diversos hallazgos de este capítulo destaca como tema recurrente el alto porcentaje de egresos hospitalarios correspondientes a **inmigrantes sin previsión de salud**, fenómeno que se repite a través de los distintos análisis realizados por causas específicas de morbilidad hospitalaria y tramos de edad de interés. También se reconocen los altos porcentajes de egresos hospitalarios correspondientes a **inmigrantes afiliados al sistema privado de salud**, inclusive por sobre los afiliados al sistema público; el cual concentra la mayor proporción de egresos en población local.

Respecto a la distribución regional, dentro de los egresos hospitalarios en población migrante internacional la gran mayoría corresponde a **residentes de la región metropolitana**, lo cual podría no extrañar considerando que, según lo reportado por la encuesta CASEN 2013, el 66% de los inmigrantes reside en dicha región (Sección II, Capítulo 8). Pese a esto, es la región de Tarapacá la que presenta un mayor porcentaje de egresos hospitalarios correspondientes a inmigrantes dentro de la región. Llama la atención la gran proporción de egresos hospitalarios de **inmigrantes de los cuales no se conoce región de residencia**, en comparación con los locales en esta misma situación. Más aun, dentro de los egresos hospitalarios de inmigrantes sin región especificada de residencia, el 60,3% figura como paciente sin previsión de salud.

Semejante a lo encontrado a través de la literatura internacional, la principal causa de **egresos hospitalarios en población inmigrante corresponde a egresos por causas obstétricas, específicamente embarazo, parto o puerperio**, EPP, los cuales representan aproximadamente un 44% del total de egresos hospitalarios en dicha población. Así mismo, al no considerar egresos por EPP son los egresos hospitalarios por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias externas los que constituyen el primera causa de egresos en esta población.

Similar a la situación reportada en Madrid por B. Sanz, A.M. Torres y R. Schumacher, (13) en general la población local presenta estadías de hospitalización más prolongadas que la población inmigrante. En el caso de Chile en particular, esta situación se mantiene a pesar de ser la población inmigrante la que registra mayores porcentajes de egresos hospitalarios que requirieron de una intervención quirúrgica, tanto en general como a través de la amplia mayoría de causas específicas de egresos hospitalarios (Tabla 15).

Tabla 15

Porcentaje de intervenciones quirúrgicas por capítulo de causa de morbilidad (Código CIE-10), según condición migratoria.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Chileno	7%	53%	5%	47%	1%	19%	77%	49%	23%	20%
Inmigrante	14%	54%	13%	70%	5%	24%	61%	33%	27%	34%

	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XXI
Chileno	67%	29%	74%	50%	51%	2%	62%	11%	54%	29%
Inmigrante	70%	33%	81%	62%	52%	-	72%	19%	63%	46%

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de egresos hospitalarios del año 2012.

Finalmente, entre las causas específicas de egresos hospitalarios, se destacan los tumores, en particular **cánceres, como una de las principales causas de egresos en población inmigrante en el país**. Esto enciende algunas luces de alerta sobre la importancia de analizar esta causa en población migrante, sobre todo considerando que Chile y Latinoamérica en general no cuentan con suficientes estudios cuantitativos al respecto.

El 2012 es el primer año del cual se tiene información sobre la nacionalidad del paciente egresado hospitalariamente, haciendo posible por primera vez un análisis a nivel poblacional de morbilidad hospitalaria en migrantes internacionales y chilenos. Destaca la fortaleza de poder analizarlos desde enfoques tanto demográficos como desde las características de hospitalización y uso de servicios hospitalarios. No obstante, es importante recalcar que la interpretación de los resultados presentados debe hacerse considerando que la unidad de análisis son los egresos hospitalarios y no el paciente individualizado, además de las diversas limitantes propias de utilizar una base de datos cuyo fin primario no es analizar morbilidad en población migrante (como posibles sesgos de selección e información).

Es así como se deben tener en cuenta al menos los siguientes aspectos al interpretar estos resultados:

- El posible sesgo de selección asociado a la forma en que se define población migrante internacional y errores de registro para efectos del análisis,
- La no disposición de variables centrales en la relación entre migración y salud, tales como estatus socioeconómico, estatus migratorio, tiempo de residencia, grado de asimilación cultural, factores ambientales y estilos de vida, entre otras, elementales para analizar este fenómeno,
- La imposibilidad de poder dilucidar si los resultados obtenidos reflejan efectivamente información sobre de prevalencia de morbilidades o si son consecuencia de un uso diferenciado de los servicios de salud entre población local e inmigrante internacional.

Pese a estas limitaciones, este capítulo ofrece nueva información cuantitativa de diferencias de egresos hospitalarios entre chilenos e inmigrantes el año 2012, en algunos casos especialmente importantes para algunas causas específicas y grupos etarios, que requieren de seguimiento y mayor comprensión para el diseño de nuevas y mejores estrategias de atención, monitoreo y protección de la salud de toda la población residente en territorio nacional, independiente de su estatus migratorio.

7. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

A lo largo del capítulo, se han expuesto diversas necesidades específicas de salud en población migrante internacional en nuestro país, las cuales se pueden dividir en cuatro grandes dimensiones: (i) sistema de salud, (ii) comunidad, (iii) intersector, e (iv) investigación, detalladas en la tabla a continuación. Dentro de las necesidades encontradas a lo largo del análisis de egresos hospitalarios en inmigrantes se destacan:

- La necesidad de reducir las brechas en uso de atención hospitalaria entre población inmigrante internacional y local.
- La necesidad de estudiar a profundidad causas de morbilidad que se conocen, que ya sea por hallazgos del capítulo o por antecedentes de literatura internacional, requieren especial atención en población inmigrante, como por ejemplo: accidentes, cánceres y causas obstétricas.
- La necesidad de mejorar los registros disponibles en la actualidad sobre del uso de servicios de salud secundaria y terciaria por parte de población migrante internacional en Chile, tanto de manera transversal como con enfoque de vida.
- El sistema de salud se ve enfrentado a la necesidad de atender a una población de la cual se tienen diversos tópicos de incertidumbre y por ende una dificultad para generar modelos de gestión de atención en salud para esta población, ya sea a nivel primario, secundario o terciario. Esto en especial consideración de:
 - La forma de registrar la condición migratoria en la base de egresos hospitalarios
 - La alta proporción de egresos hospitalarios en inmigrantes correspondiente a sujetos sin previsión de salud,
 - La incertidumbre, en general, de las necesidades específicas de salud de inmigrantes.

Es posible observar que muchas de estas necesidades se enlazan entre sí, y que la resolución de unas son un paso previo a la resolución de otras. De esta manera, frente a estas y otras necesidades se trasfiere una lista de recomendaciones generales y específicas, destacando entre ellas:

- Desarrollar estrategias de colaboración entre el DEM (Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile) y los diferentes servicios de salud de manera tal, de poder obtener información de morbilidad y uso de servicios de salud por parte de la población migrante internacional. Esto sería una enorme contribución a la recolección de variables claves para el análisis de salud en esta población de manera puntual y a lo largo del tiempo.
- Entender que el estudio de fenómenos de salud en inmigrantes no solo son de utilidad exclusiva para este sector de la población, sino que, según sea la patología analizada, también son de amplia utilidad para analizar salud en la población local.
- Desarrollar más investigación sobre salud y uso de servicios de salud en población migrante internacional. Esto debería incluir cómo el proceso migratorio tiene lugar desde el país de origen, así como la posterior llegada y residencia temporal o definitiva en el país receptor.
- Desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas entre población local e inmigrante, e incluso entre la misma población inmigrante, identificadas en el uso de servicios hospitalarios.

Tabla 16

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
<p>Dimensión: Sistema de Salud</p>	<p><i>En términos generales:</i></p> <p>El sistema de salud se ve enfrentado a atender a una población incierta, tanto en número como en características de uso y necesidades de atención en salud.</p> <p>Existe la necesidad de reducir las brechas en uso de atención hospitalaria entre población inmigrante internacional y local.</p> <p><i>De manera más concreta:</i></p> <p>La necesidad de generar estrategias de atención o difusión de cuidados para las morbilidades identificadas como prioritarias en población migrante internacional.</p> <p>Existe la necesidad de investigar en detalle el fenómeno del alto porcentaje de egresos hospitalarios en inmigrantes correspondiente a sujetos sin previsión de salud, particularmente hombres.</p>	<p>En general se recomienda desarrollar estrategias concretas en salud para acortar cada una de las brechas relevadas a lo largo del capítulo. En este eje en particular, aquellas relacionadas a la previsión de salud y servicios clínicos de egreso hospitalario.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las estrategias de entrega de información y conocimiento acerca del sistema de salud chileno hacia población migrante, sobretudo en el caso de aquellos que no poseen previsión de salud. - Enfocar tales estrategias a entregar información y conocimiento sobre las prestaciones de los servicios de salud para las principales causas de egresos hospitalarios en el país. Más aun, con especial atención en aquellas cuyo conducto regular sea consultar primero a través de atención primaria y aquellas patologías que son de cobertura universal según reforma de salud (AUGE-GES). - Explicitar como meta sanitaria urgente el que una mayor proporción de migrantes internacionales estén inscritos en el sistema de salud.
<p>Dimensión: Comunidad</p>	<p>Se reconoce la necesidad de incorporar la opinión y vivencias de la comunidad migrante, respecto al uso de servicios de salud, para lograr un análisis adecuado de egresos hospitalarios. Esto, tanto desde perspectivas individuales como de grupos organizados.</p> <p>Se reconoce la necesidad de general modelos de gestión de atención hospitalaria para inmigrantes internacionales, teniendo en consideración antecedentes cuantitativos y cualitativos que están hoy disponibles o se vayan desarrollando a lo largo del tiempo.</p>	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generar intervenciones que permitan informar a la comunidad inmigrante sobre los servicios de salud disponibles en Chile, en especial a nivel secundario. - Generar redes de apoyo y de información desde los diferentes focos de atención en salud, ya sea desde centros de salud especializados a todo nivel, instituciones para patologías determinadas hasta farmacias. - Informar a comunidad migrante internacional y a través de líderes comunitarios, cuáles son las principales causas de hospitalización en dicha población, y vincular a estrategias concretas disponibles de prevención y screening oportuno para grupos migrantes de riesgo.
<p>Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>Existe la necesidad de conectar a diversas organizaciones de gobierno con (i) organizaciones no gubernamentales relacionadas a migración y (ii) con los servicios de salud. Esto permitiría primero obtener mejor información sobre necesidades de salud en población inmigrante desde primera fuente y segundo generar diferentes redes de apoyo ante las vulnerabilidades detectadas en el momento.</p>	<p>Se recomienda la generación de un observatorio de salud en población migrante internacional en Chile, que conecte distintos sectores relevantes del país.</p> <p>Este observatorio requeriría de vinculación efectiva de distintos sectores basados en la elaboración de estrategias concretas de colaboración, tanto a nivel nacional como a nivel regional y comunal.</p> <p>Además, este observatorio ofrecería la oportunidad de vincular sistemas de salud y servicios de salud entre países con mayor tasa de inmigrantes en Chile, tales como naciones fronterizas, Colombia, Venezuela y en forma creciente Haití. Esto es, complementar un enfoque intersectorial intra-nacional con un trabajo en red y colaborativo estrecho con nuestros países vecinos. El rol del gobierno de Chile en esta materia es crítico, así como la vinculación con grupos académicos y civiles serios que trabajan en esta materia.</p>

<p>Dimensión: investigación</p>	<p><i>En términos generales:</i></p> <p>Existe la necesidad de mejorar los registros disponibles en la actualidad sobre del uso de servicios de salud secundaria y terciaria por parte de población migrante internacional en Chile. Sería importante además complementar esta información cuantitativa con la generación de evidencia cualitativa que permita un abordaje integral del fenómeno de salud de migrantes internacionales en nuestro país.</p> <p><i>De manera más concreta:</i></p> <p>Triangular la información de los distintos registros de estadísticas en salud, incluyendo como mínimo la variable nacionalidad en las bases de defunciones y nacidos vivos. En especial estos últimos considerando el alto porcentaje de egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio.</p> <p>Existe la necesidad de investigar sobre si el alto porcentaje de egresos hospitalarios que requirieron intervención quirúrgica en migrantes internacionales, es un reflejo de cómo esta población utiliza los servicios de salud o es reflejo de la gravedad a la que llegan las diversas causas de hospitalización en esta población. Y en esta misma línea indagar sobre cuáles son las primeras vías de acercamiento de la población inmigrante a los servicios de salud.</p> <p>La necesidad de estudiar a profundidad causas de morbilidad que se conoce, que ya sea por hallazgos del capítulo o por antecedentes de literatura internacional, requieren especial atención en población inmigrante, como por ejemplo: accidentes, cánceres y causas obstétricas</p>	<p>Es urgente mejorar los registros disponibles de información de salud en población migrante, y hacer concordar, dentro de lo posible, las variables recolectadas entre las diferentes bases de datos. En este contexto se recomienda en forma general incluir condición migratoria y tipo de visa en todas las bases disponibles y encuestas poblacionales que se aplican en nuestro país. Se podría crear un “paquete” de preguntas mínimas sobre migración en Chile, que incluya enfoque de determinación social de salud, de proceso migratorio y de equidad en salud; y que sea incorporado en distintas encuestas nacionales.</p> <p>Al mismo tiempo de tener preguntas armonizadas acerca de migrantes internacionales en Chile, es importante considerar estrategias de selección muestral y reclutamiento que permitan real representación poblacional de este grupo en encuestas del país. Tal y como se realiza con otras encuestas en países de alto ingreso, es posible establecer estrategias puntuales de muestreo que permitan mejor representación de grupos de interés como grupos étnicos o migrantes.</p> <p>Con esta labor realizada, sería posible tener mayor cantidad y mejor calidad de datos para generar investigación de base nacional, cuyos resultados puedan aportar a mejorar las condiciones de vida y salud de extranjeros en Chile. Haciendo mención a la idea de un observatorio de salud de migrantes, la integración de fuentes de información cuantitativa y su triangulación con fuentes complementarias cualitativas podría liderarse desde esta plataforma inter-sectorial y especializada.</p> <p>Por último, se recomienda incorporar de manera explícita la temática migratoria en convocatorias de investigación y proyectos de innovación. De manera más concreta, en lo que respecta al:</p> <p>Apoyo político y académico para fomentar la investigación en población migrante internacional, tanto en la liberación o protección de fondos para la investigación en este tema como para el ejercicio de líneas de investigación por parte de equipos capacitados en nuestro país.</p> <p>Enfoque investigativo amplio, desafiando el paradigma biomédico clásico y permitiendo una mirada global e interdisciplinaria, de la salud en población migrante internacional.</p>
-------------------------------------	---	--

8. Referencias

1. Wamala S, Akhavan S, Bildt CO, Franz EC. Health in Relation to Unemployment and Sick Leave Among Immigrants in Sweden From a Gender Perspective. *J Immigr Health*. 2004;6(3):103–18.
2. Alver K, Meyer HE, Falch JA. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo — The Oslo Health Study. *Int Osteoporos Found Natl Osteoporos Found*. 2005;16:23–30.
3. Azerkan F, Zendehelel K, Tillgren P, Faxelid E. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden , from 1968 to 2004. *Int J Cancer*. 2008;123:2664–70.
4. Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical , endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden : Importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer*. 2009;45(1):107–18.
5. Yañez S, Cardenas M. Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Rev Salud Soc*. 2010;1(1):51–70.
6. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. *Rev Chil Salud Pública*. 2008;12(1):37–41.
7. Clínica psiquiátrica de la universidad de Chile. Informe final. Diagnostico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Region Metropolitana. http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_inmigrante/informefinal.pdf. 2008.
8. OIM. Documento sobre la posición de la OIM con relación al bienestar sicosocial y mental de los migrantes. 2003.
9. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing Sociodemographic Factors Associated with Disability Between Immigrants and the Chilean-Born : Are There Different Stories to Tell ? *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:4403–32.
10. Davies A, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *Int Organ Migr Switzerland*. 2010;46(3):5–7. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born : a repeated cross-sectional population-based study in Chile. 2012;1–16.
11. Gushulak BD, Macpherson DW. Globalization of Infectious Diseases : The Impact of Migration. 2004;38.
12. Sanz B, Schumacher AMTR. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención primaria* [Internet]. Elsevier; 2000;26(5):314–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78671-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78671-9)
13. Nations U. International migration report 2013. 2013.
14. Caballero M, Soc DC, Leyva-flores R. Las mujeres que se quedan : migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. 2008;50(3):241–50.
15. Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [Internet]. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>.
16. Burgos M, Parvic T. Atención en salud para migrantes : un desafío ético. 2010;64(3):587–91.
17. Roca C. Enfermedades importadas en inmigrantes : mito y realidad Imported diseases in immigrants : myth and reality. 2006;29.
18. Lúgía M, Cristina C, Santos JP, Caldas D, Ayres-de-Campos SD. Obstetric care in a migrant population with free access to health care.
19. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don ' t report their migration status ? a population-based study in Chile. *BMC Public Health*. 2012;(12-1013).
20. Harmsen JAM (Hans), Bernsen RMD (Roos), Bruijnzeels MA (Marc), Meeuwesen L (Ludwien). Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier; 2016 Jun 2;72(1):155–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.018>
21. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* [Internet]. Public Library of Science; 2011 May 24;8(5):e1001034. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>
22. Rousseau C, Derluyn I. Right and Access to Healthcare for Undocumented Children : Addressing the Gap between International Conventions and Disparate Implementations in North America and Europe. 2016;(June).
23. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, JA R, Zelikowitz P, Crepeau;f, et al. Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals. *Matern and Child Heal J*. 2013;17(2):292–8.
24. Waure C De, Bruno S, Furia G, Sciallo L Di, Carovillano S, Specchia ML, et al. Health inequalities : an analysis of hospitalizations with respect to migrant status , gender and geographical area. 2015;1–10.
25. Superintendencia de Salud Departamento de estudios y desarrollo, Tegtmeyer R. Análisis general de los egresos hospitalarios, año 2005. 2006;1–11.
26. Carolina N. The use of hospital discharge data for estimating morbidity in North Carolina. 1981;(1):307.
27. OPS, WHO. Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Decima revisión. 2003. 1-52 p.

9. Acerca de los autores

Marcela Oyarte, MSc(c)

Estadístico y MSc(c) en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigadora del Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: desigualdad social en salud, migración y salud. Email: mdoyarte@uc.cl

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global. Email: bcabieses@udd.cl

Iris Delgado, PhD(c)

Profesora de Matemáticas, Magister en Bioestadística de la Universidad de Chile, PhD[®] en Biomedicina con mención en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, España. Actualmente profesor asociado e investigador del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Principales líneas de investigación. Desigualdad en Salud, Evaluación de Políticas Públicas en la salud y en equidad en salud. Email: idelgado@udd.cl

10. Financiamiento, agradecimientos y *disclosure*

Este estudio fue realizado con el apoyo del proyecto Fondecyt de Iniciación 11130042 titulado “Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos” (2013-2017) de CONICYT, Gobierno de Chile.

Se agradece al departamento de estadística e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile por hacer entrega de la base de datos de egresos hospitalarios año 2012, incluyendo las variables que permiten discernir si el egreso corresponde al de una persona chilena o de otra nacionalidad. Dicha información fue entregada el día 26 de noviembre del 2016 a la investigadora principal del estudio Fondecyt 11130042, Dra. Báltica Cabieses.

Disclosure: las autoras dan a conocer su participación en un estudio previo a la redacción de este capítulo (IP: PhD L. Agar). Dicho trabajo se realizó con una versión anterior de la base de datos de egresos hospitalarios a la que fue utilizada para este capítulo de libro. Los resultados de dicho estudio se encuentran en este momento en fase de revisión y publicación en revistas científicas.



Capítulo 11

Embarazo como estrategia de regularización del estatus migratorio. Discursos de los trabajadores en salud en atención primaria



María Elizabeth Guerra Zúñiga, MPH, PhD(c)
Profesora Auxiliar Departamento de Salud Pública,
Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso

Mauricio Ríos Hidalgo, MSc(c)
Docente Escuela Trabajo Social.
Universidad Santo Tomás

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Incremento en la proporción de colectivos migrantes viviendo en el país en las últimas décadas.
- Reconocimiento por parte del Estado del fenómeno migratorio a escala nacional.
- Adaptaciones inclusivas y de reconocimiento de derechos sociales en salud para colectivos migrantes.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Dar cuenta de los elementos que están a la base de la disparidad entre el discurso observado de *stakeholders* locales y mujeres migrantes en situación migratoria irregular en el campo de la atención primaria de salud, en contraste con datos oficiales del Departamento de Extranjería y Migración.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- La migración es vista como un riesgo para usuarios internos y externos no migrantes del sistema.
- Estatus migratorio que limita el acceso a los servicios en salud en mujeres en situación migratoria irregular, que las confina a prestaciones relativas a la maternidad.
- El reto que supone para la implementación de cursos públicos de acción en salud, la existencia de discursos negativos hacia colectivos migrantes y la urgente necesidad de abordar y permear con pautas consistentes desde el Estado hacia los espacios locales de atención materno-infantil, la interculturalidad y la competencia cultural dentro del plano “relacional” entre sujetos migrantes y no migrantes dentro de un espacio terapéutico
- Mujeres migrantes de países andinos y del Caribe, aún son víctimas de niveles altos de estigma y discriminación.

d) **Palabras clave:** embarazo, migración irregular, fronteras simbólicas, nivel primario de salud

2. Antecedentes

Las migraciones internacionales son mucho más que meros desplazamientos humanos. Estas no sólo implican el traslado de personas desde un lugar a otro, si no de igual manera, el traslado de su propia historia, lenguajes y costumbres que comportan los sujetos migrantes. Este dinamismo supone, por un lado, la adaptación de los migrantes a las características del nuevo territorio y, por otro, el desafío del propio Estado y sus instituciones, para adaptarse a estos nuevos usuarios del sistema.

En las últimas dos décadas, Chile ha sido escenario de un aumento importante en el número de inmigrantes internacionales. Entre los años 2002 y 2009 la tasa de crecimiento anual para este colectivo fue de 9,7% (1). A pesar de este aumento, el porcentaje de migrantes internacionales viviendo en Chile no supera el 3% de la población total del país (2). Esta cifra, aunque coincide con la proporción de migrantes internacionales a nivel mundial, es considerablemente menor en comparación con países de un producto interno bruto PIB mayor al de Chile: Europa, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda (3), donde reside el 60% del total de los inmigrantes internacionales de todo el mundo (4).

Sin perjuicio de lo anterior, en Chile, el Sistema Público de Atención de Salud se ha visto igualmente interpelado a ajustar sus instituciones y prácticas específicas para colectivos migrantes. Estas van desde meros ajustes administrativos de extensión horaria para atención de público, solicitud de estadísticas de atención de salud en la atención primaria, instructivos específicos, etc. El acceso a la atención y prestaciones de salud en población migrante está condicionado al estatus migratorio del sujeto. Así, una mujer en situación migratoria irregular solo puede acceder al sistema público de atención y sus prestaciones si cursa un embarazo, desea planificación familiar, es menor de edad o está en una situación de salud de emergencia.

Las iniciativas estatales que permitieron el acceso a las prestaciones de salud de este colectivo en particular, tienen a su haber nueve años de existencia. Sin embargo, en la implementación de estas pautas de acción hoy en día, se continúan develando nodos críticos que ameritarían intervenciones multidisciplinarias, primeramente para comprender de mejor forma cómo opera, en el espacio de atención en salud, el encuentro entre el personal de salud y/o administrativo y las mujeres migrantes –en especial migrantes andinas y del caribe-. Y, como consecuencia de esto, promover intervenciones desde el plano de la interculturalidad y la competencia cultural entre sujetos migrantes y no migrantes dentro de un mismo espacio terapéutico.

En esta misma línea, podemos afirmar que la convivencia entre migrantes y no migrantes en el espacio público de salud, y en particular en el plano de los controles materno-infantiles, genera en los equipos de salud como *stakeholders locales*, un espacio o campo de interacciones que se han develado complejas. Con esto nos referimos a sujetos que, al interactuar, hacen explícito el desconocimiento con que ambos perciben sus características, simbolismos, prácticas en salud-enfermedad-atención, lenguajes, etc. Esta convivencia entre grupos fricciona la experiencia al interior del sistema e introduciría noxas a la hora de implementar procesos salud-enfermedad-atención, generando espacios de desencuentro y despliegue de juicios y prejuicios que actúan como barreras, complejizando aún más el ya complejo y dinámico fenómeno de las migraciones internacionales en los espacios locales. Entendemos que la naturaleza misma de estas barreras trascienden el plano puramente administrativo o de gestión, instalándose en un plano simbólico, como un trabajo de fronterización orientado a la reproducción de prácticas, al interior de los equipos de salud, de desencuentro con la población migrante internacional, en específico con población migrante andina o centroamericana.

Este capítulo aborda además como estos elementos simbólicos operan discursivamente *ad contrario sensu* de los datos analizados, respecto a la utilización de la condición de embarazo en población migrante en situación migratoria irregular, como práctica para regularizar su estatus migratorio en el país.

El abordar los elementos simbólicos, subyacentes a las prácticas de los equipos de salud, permite una aproximación también a la forma en la que estos equipos construyen fronteras que delimitan sujetos determinados, mediante etiquetas o estereotipos, lo que nos permite instalar la discusión en un ámbito poco abordado en la implementación de políticas públicas. Este es el espacio donde la política toma cuerpo, en el lugar de encuentro o desencuentro entre sujetos que se perciben extraños, ajenos, desconocidos, “otros” muchas veces no deseables pero que al mismo tiempo comparten un mismo territorio.

3. Propósito

La intención del trabajo presentado en este capítulo es doble:

1. Develar en términos cualitativos lo que subyace a los discursos sobre embarazadas migrantes en situación migratoria irregular. Para esto, se utilizó metodología cualitativa que incluyó entrevistas semiestructuradas a mujeres migrantes con status migratorio irregular embarazadas o madres con niños menores a seis años y stakeholders y grupos focales a los equipos del Chile Crece Contigo de los centros de atención primario de las comunas de Recoleta, Independencia y Estación Central, esto en el marco del proyecto de tesis doctoral “Atención de inmigrantes embarazadas y sus hijos en el nivel primario de salud, en el marco del Chile Crece Contigo” Esta tesis fue realizada con el apoyo de Becas CONICYT-Programa de Formación de Capital Humano Avanzado-Beca Doctorado Nacional.

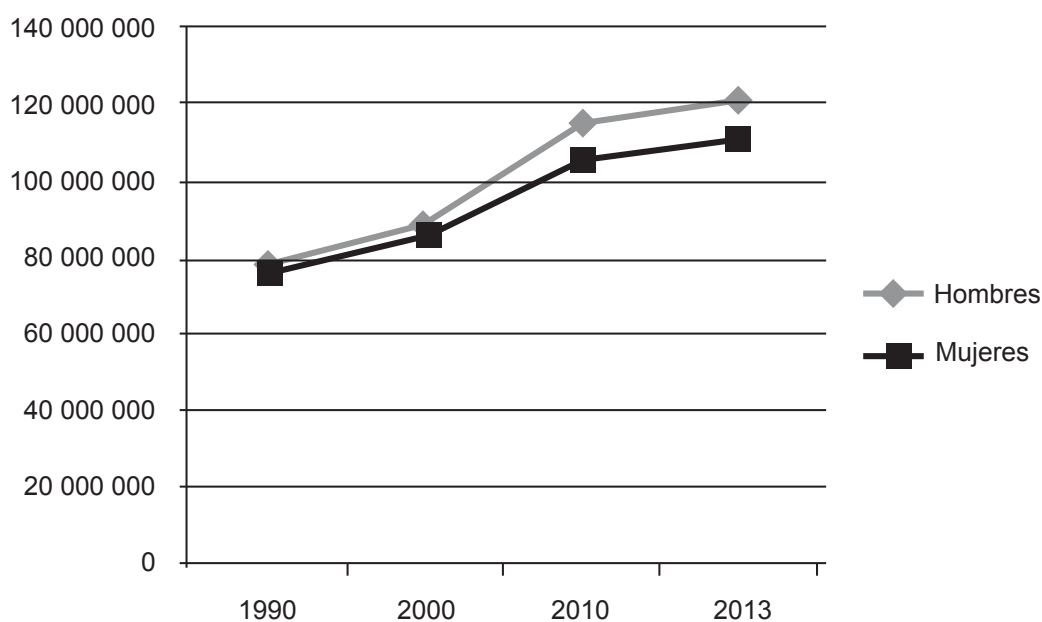
2. Contrastar estos discursos cristalizados en torno a estatus migratorio y embarazo con cifras oficiales. Para esto, se utilizó como banco de datos la información oficial de permisos de residencia temporal solicitados mediante Ley de Transparencia al Departamento de Extranjería y Migración de Chile (DEM) (<http://www.extranjeria.gob.cl/>), entre los años 2006 y 2012.

4. Caracterización de la Migración Internacional en Chile

La migración internacional en nuestro país ha experimentado un desarrollo cualitativa y cuantitativamente significativo desde la década de los 90's (5). En el último período, Chile se ha vuelto un horizonte de instalación preferentemente de países latinoamericanos y del Caribe (Perú, Argentina, Bolivia, Haití, Colombia y Ecuador) (6), lo que da cuenta de la clásica migración sur-sur en Chile. Las cifras de hombres que migran internacionalmente supera a la de las mujeres tanto para países desarrollados, como no desarrollados (3) (Figura 1).

Figura 1

Stock de migrantes internacionales a mitad de año 2013 a nivel mundial

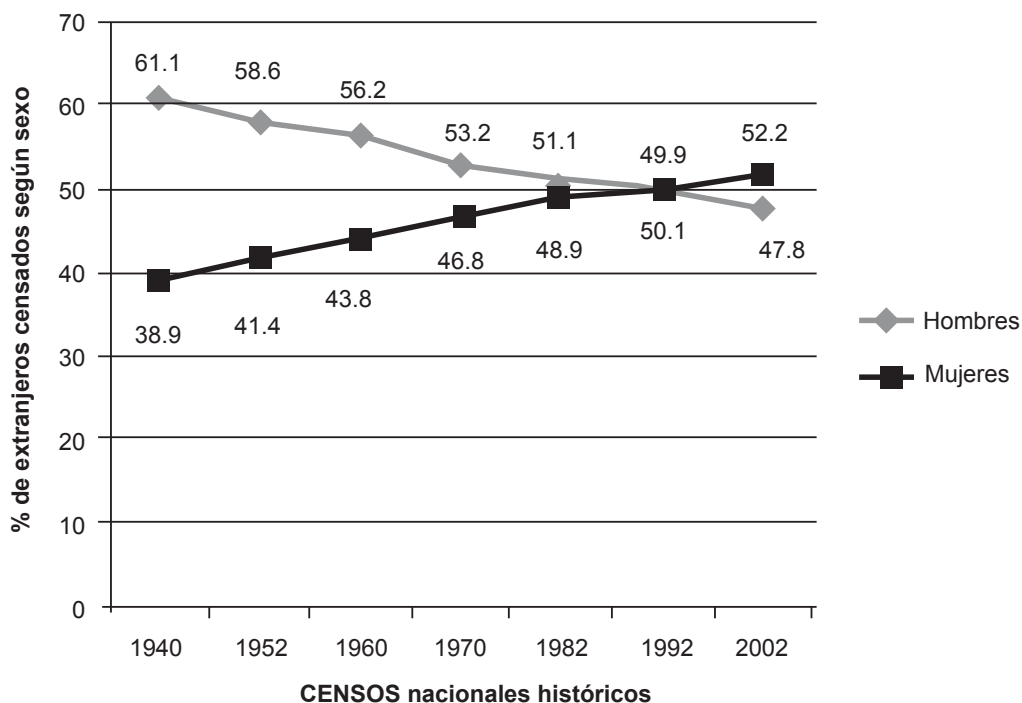


Fuente: Elaboración Propia sobre la base de los datos publicados por Naciones Unidas en Trends in international migrants stocks. The 2013 Revision.

Tal y como se ha señalado en otros capítulos de este libro, y a diferencia de la tendencia a nivel mundial, los datos obtenidos a nivel nacional muestran que, en Chile, la proporción de mujeres que llegan al país es levemente superior a la de los hombres. Al mirar las cifras de los últimos censos nacionales en la perspectiva del tiempo (Figura 2), es evidente la feminización de los movimientos migratorios en Chile.

Figura 2

Proporción de inmigrantes diferenciados por sexo, durante las últimas siete rondas Censales nacionales



Fuente: Elaboración Propia sobre la base de los Censos de Población de Chile. INE.

Esta "feminización" es diferencial dependiendo del país de origen. Las cifras publicadas por el CENSO 2002, DEM (2010), y CASEN 2013, coinciden en ubicar en primer y segundo lugar a Perú y Colombia con mayor número de mujeres inmigrantes respecto de hombres inmigrantes. Países que además coinciden en ser los que concentran la mayor proporción de migrantes en el país (al menos los cinco primeros países).

Las migraciones internacionales implican no solo el desplazamiento de personas de un lugar a otro, implican de igual manera el traslado de su historia, lenguaje y costumbres. Esta característica dinámica, supone entre otros, una adaptación personal al nuevo territorio por parte de los migrantes, pero también, interpelan a los Estados a una reorganización de sus políticas y sus instituciones, para dar respuestas a nuevas y diversas necesidades sociales. Esto ha sido particularmente crítico en el ámbito de la salud pues, dada la condición de vulnerabilidad de gran parte de la población migrante, en específico la población migrante de zonas andinas y Centroamérica, se erige como una de las áreas más sentidas para dicha población, lo que ha implicado un desafío para el sistema de salud chileno que ha debido desarrollar progresivamente, una política de salud orientada a la población migrante.

Según el Informe de Migración en Chile 2005 (7) los países de origen de los migrantes internacionales se concentran en los países limítrofes, quienes representan un 56,8% del total (Perú 31,7%, Argentina 16,3% y Bolivia 8,8%). Esto ha ido modificándose progresivamente en el último tiempo, con situaciones como el aumento en el último tiempo de la comunidad de ciudadanos colombianos (3,6%) y el aumento de inmigrantes de países que en 2005 prácticamente no tenían ciudadanos presentes en Chile, en la actualidad se han transformado en fuentes principales de migración hacia Chile. Destacan en este sentido la comunidad dominicana, que aumenta de un 0,2% a un 3,0%, y la haitiana, con un incremento de un 0% a un 2,0% en el mismo período (7).

5. Sistema de acceso a prestaciones en salud migrantes internacionales

En Chile, los mayores ajustes institucionales en materia de salud se han efectuado a partir del año 2003. Esto ha devenido en servicios/prestaciones para población inmigrante, diferenciadas según su estatus migratorio:

- a) Personas que viven en el país de manera regular. Estos poseen los mismos deberes y derechos en salud que una persona no migrante (chilena). Para este caso, dependiendo del seguro de salud que posean, sea este público (FONASA) o privado (ISAPRE), será el alcance de las prestaciones a las cuales tengan acceso los sujetos.
- b) Personas con estatus de refugiado (8). Para ellos, desde el año 2010 la ley N° 20.430, confiere la posibilidad de atenderse en el sistema público de salud, una vez se les reconozca dicha condición.
- c) Colectivos migrantes que viven en el país de manera irregular, esto es, permanecen en territorio nacional con visados vencidos. Para este grupo particular, la institucionalidad chilena reconoce tres instancias en las cuales una persona puede ser atendida en la red pública de atención en salud:
 - c.1) Prestaciones de urgencia
 - c.2) Todos los niños y niñas menores de 18 años
 - c.3) Mujeres en estado de gravidez (Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 2008 y Ministerio del Interior, Resolución Exenta 1914, 2008.).

Además de lo anterior, se suma una reciente comunicación oficial emanada desde el Ministerio de Salud que amplía el rango de prestaciones otorgadas a personas con este estatus a: acceso a programa de control de la natalidad, TBC-VIH-SIDA y cualquier otra ITS. Tampoco está permitido que se les excluya de prestaciones del programa de apoyo al recién nacido, programa de apoyo al desarrollo psicomotor, procesos de vacunación y actividades en educación para la salud.

- d) El ingreso al sistema de salud de Chile, además de estar condicionado por el estatus migratorio, lo está por tener un documento de identificación nacional (RUN). Las embarazadas migrantes en situación migratoria irregular estaban imposibilitadas de acceder a controles pre y post natales al menos dentro de un marco jurídico oficial hasta antes del año 2003. Por esa época, el Ministerio de Salud instruye la necesidad de atención de mujeres en estado de gravidez dentro de la región metropolitana. Posteriormente, el año 2007 mediante un “acuerdo” de colaboración entre los Ministerios del Interior y Salud, se posibilitó el ingreso al sistema de salud de estas mujeres a nivel nacional, previa regularización temporal de su estatus migratorio. De esta forma, la mujer tramita en conjunto con el Departamento de Extranjería su cambio de visado y obtiene un documento de identificación nacional-con un número específico- que le permite el acceso a las prestaciones y servicios en el nivel primario de atención de salud.

La mujer migrante que permanece en el país con permisos migratorios vencidos, puede venir embarazada desde su país de origen o quedar embarazada durante su estadía. Esta condición permite que las migrantes, puedan acceder a los servicios y/o prestaciones dentro de la red pública de atención de salud, previo ingreso al programa de control pre-natal efectuado por matronas y con las correspondientes derivaciones a Extranjería para obtener la visa temporal por embarazo en curso.

Habitualmente, la mujer embarazada accede al nivel primario de atención de salud, por intermediación de alguna amiga y/o vecinas mujeres, también migrantes, quienes actúan a modo de red social de apoyo para la nueva usuaria del sistema chileno (quien desconoce habitualmente las vías de acceso al propio sistema, normas, procedimientos y, desde luego, sus derechos sociales en este nuevo país de acogida). De igual manera, en algunos territorios se han implementado las “Oficinas de Atención a Migrantes”. Estos nodos de apoyo y orientación comunales operan como verdaderas OIRS territoriales. Ubicadas por lo general en dependencias de los Municipios articulan los servicios sociales locales de los cuales tienen derecho las migrantes y orientan respecto de las garantías en salud durante esta etapa sensible de la vida.

En términos administrativos, se reconoce en el nivel primario de atención de salud, un rol importante en la salud de migrantes embarazadas con estatus migratorio irregular, quienes hacen numerosos esfuerzos para brindar la mejor atención posible a este colectivo. Sin embargo; no se puede soslayar que este proceso está cruzado por trazas de hostilidad que friccionan la convivencia entre grupos. Esta hostilidad da cuenta que la convivencia entre los equipos de salud y migrantes no está libre de ser intervenida por los imaginarios que las personas construyen del otro, en este caso, lo que los equipos de salud piensan de las mujeres migrantes, particularmente de las mujeres migrantes embarazadas.

Hoy estos colectivos surgen como nuevos inmigrantes porque los encontramos en el espacio de salud, demandando acceso a estos, de alguna manera es esta nueva interacción la que da inicio a los conflictos. Los sujetos “nacionales” se sienten amenazados por esta nueva demanda que altera el funcionamiento de un servicio público, culpando al sujeto inmigrante de la “crisis” (9). Este fenómeno conduce a la rotulación de los actos de las mujeres, confiriéndoles características personales y/o atributos de comportamiento por nacionalidad. Estos imaginarios, que suponen un comportamiento del “otro” (pre-juicios), repercuten en las ideas que los equipos de salud tienen de las causas de embarazo de las mujeres migrantes atribuyéndole a este hecho, un hito buscado intencionalmente para la obtención de beneficios del Estado, como se abordará más adelante.

6. La Atención Primaria como espacio de encuentro y desencuentro

Poner énfasis en los aspectos simbólicos en el espacio de atención en salud resulta relevante, por ser precisamente uno de los espacios de mayor recurrencia de contacto entre migrantes y nacionales. Para Vulpiani (10) la influencia de los prejuicios de los funcionarios de salud en el acceso a atención médica entre migrantes no pueden tener como única explicación factores socioeconómicos, dando cuenta de cómo en algunos casos la discriminación y el racismo hacia las minorías puede ser decisivo en el proceso de comunicación entre funcionarios de salud y usuarios migrantes.

Evidentemente, es en el ejercicio propio de la condición del paciente o usuario, que se juegan gran parte de los ejes simbólicos inherentes a los procesos de atención en el sistema público de salud, tal como nos dice Auyero *"La sala de espera del Ministerio es entonces un universo muy parecido al de la vida cotidiana de muchos barrios pobres de la ciudad, argentinos y migrantes de países vecinos vienen de la mano en lo que Goffman (1961) llamaría un "encuentro focalizado" – es decir, un grupo de individuos involucrados en un accionar común, relacionándose entre ellos en términos de ese accionar"*(11).

Así, el pensar el espacio de salud como un espacio de interacción, es pensar un espacio donde las diversas políticas públicas hacia la población migrante se ven tensionadas por los actores que las ponen en práctica o son beneficiarios de las mismas. Dicho espacio, es el lugar donde los individuos que comparten una determinada posición en la estructura social (en este caso embarazadas con estatus migratorio irregular y personal administrativo y de salud del nivel primario), refuerzan su cercanía o lejanía a partir de la construcción de redes de apoyo, actitudes, lenguajes, conductas o mecanismos de intercambio como la amistad o el compañerismo. Es pensar el lugar donde los individuos generan sentido de pertenencia y mecanismos reproductores de posiciones, a través de lo que se denomina la "fabricación simbólica de grupos"(12). Esto es, cómo la diferenciación social por parte de estos grupos implica un permanente trabajo a partir de una serie de mecanismos inscritos en el ámbito de lo simbólico, que los sujetos usan para crear y recrear las distancias sociales de manera cotidiana.

En este sentido, las prácticas de los equipos de salud, se desarrollan en este espacio o *campo*, definido por Bourdieu *"...como espacios estructurados de posiciones o de puestos cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes en parte determinados por ellas"* (13), que es el lugar a partir del cual se construye la percepción del sujeto de su posición, modificando, relevando o aumentando las distancias que los separan. Dicho campo, como espacio de interacción, es donde las diversas políticas públicas hacia la población migrante, se ven tensionadas por los actores que las ponen en práctica o bien son beneficiarios de las mismas. Dicho espacio, es el lugar donde los individuos que comparten una determinada posición en la estructura social. Esto es, equipo de salud, funcionarios administrativos, migrantes, población vulnerable, etc., refuerzan su cercanía o lejanía a partir de la construcción de redes de apoyo, actitudes, lenguajes, conductas o mecanismos de intercambio, encuentro y confrontación.

El pilar fundamental de este proceso es lo que hemos denominado la construcción de fronteras simbólicas, a través de estas se delimitan las posiciones y se establecen los "otros" significativos, tanto en términos de oposición como de equivalencia, estructurando las percepciones sobre quiénes se encuentran cercanos en el espacio social y quiénes se encuentran distantes, constituyendo grupos y otorgándoles características determinadas otros actores. Al respecto comenta una mujer migrante internacional:

"Tuve casi tres meses que no me veía matrona acá y yo tenía dolores frecuentes en mi guatita entonces por eso yo pedí el traspaso y me fui al otro consultorio... entonces allá en el otro consultorio fue lo que me dijeron que la ginecóloga me dijo que acá uno venía a tener hijos solamente para beneficiarse...para... tener beneficios de... No sé que que...porque hasta el día de hoy yo no tengo beneficios de nadie... yo vivo y como por mi esposo porque él trabaja por esa situación...pero allá en ese consultorio sí tuve cosas feas..." (Mujer 7).

Precisamente lo que refiere la cita es la manifestación de toda esa carga simbólica de quien ostenta un lugar de privilegio en el espacio de atención en salud, dando cuenta de un espacio al que el otro no accede. En este sentido, las fronteras simbólicas son construcciones discursivas inscritas sobre determinadas diferencias que se van constituyendo como significativas para un determinado grupo: establecen barreras, distancias y cercanías relativas e invisibles con los otros actores significativos del espacio social que permiten articular un relato significativo sobre el otro y sobre nosotros mismos, condensando lo que somos, lo que nos gustaría ser y lo que proyectamos como diferencias relevantes (14). Lo distintivo de estas fronteras es que generan pertenencia e identidad, en el centro de la idea de fronteras simbólicas hay un elemento fundamental: la distinción nosotros/ellos y su acción en el espacio cotidiano.

"Si y era la forma que la embarazada tenía como para acelerar el trámite legal...podía estar con su visa en trámite y todo...pero si acreditaban con el certificado de embarazo, su condición eso se aceleraba y era más rápido...se usaba mucho tiempo es como embarázate y tu trámite será más rápido" (CESFAM 4)

La alusión en el imaginario respecto a prácticas cotidianas y el consiguiente uso de estrategias de posicionamiento es lo que le concede existencia a una frontera simbólica. Precisamente la constante y reiterativa acción del sujeto en torno a ella, de manera que le otorga significado a nivel intersubjetivo y la instala como forma de interpretar la realidad. Solo es posible observar una frontera mientras esta es puesta en movimiento a través de los actos de un sujeto, quien se orienta por ella y a la vez la produce. Dado que se constituyen en formas de organización de la realidad, es esta misma acción de los sujetos la que establece las condiciones básicas para su reproducción y extensión a otros ámbitos de la sociedad, distintos a los que vieron la irrupción de esta frontera.

"Es que antes querían tener guagua para que les regalaran las cosas" (CESFAM 6)

Dichos juicios referidos, no son sino otra cosa que la manifestación de la exclusión de personas, por el establecimiento de categorías, son aquellas con las cuales “*nosotros preferimos no entrar en contacto, esos en relación con los cuales adoptamos un comportamiento de exclusión, de agresión y frente a los cuales marcamos abiertamente distancia*” (15) distancias son las fronteras que acompañan la categorización, y que muestran el tipo de posición que asumimos con los otros. La valoración negativa o excluyente contrasta con la “amigable” e incluyente.

“Si poh, pero no inscribíamos a nadie sin certificado de residencia---ahora no: “estoy embarazada” y pasa no más. ¡Claro! La señora L es la que paga el pato, porque llega cualquier embarazada.”(CESFAM 2)

El establecimiento de categorías, es también el resultado de un proceso colectivo donde operan como referentes cognitivos con las cuales los individuos interpretan el mundo e inscriben sus relaciones, actitudes y comportamientos. En ese sentido, “*las fronteras no existen sino en la medida donde ellas son defendidas de manera recurrente por los miembros de un grupo que se circunscriben a ellas*”(16).

“Yo también creo que sí, aunque yo le pregunté a (...), porque yo también tenía...oye, estas chiquillas se están embarazando por tener los papeles no, cómo se te ocurre que vamos a tener guagua por un papel, pero en la práctica, la realidad es otra”(CESFAM 1)

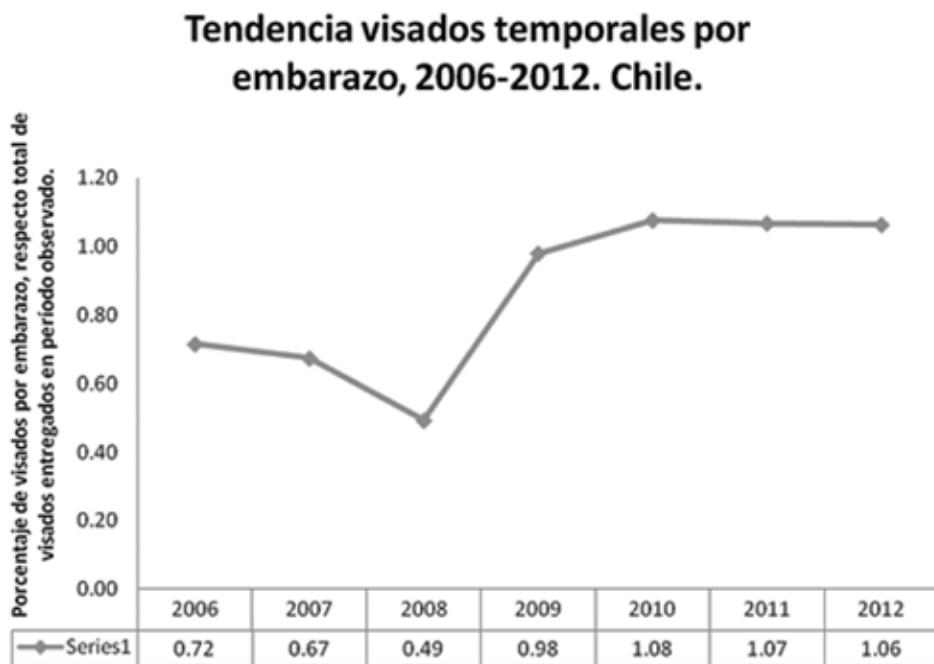
7. Situación del embarazo en población migrante

Dado lo anterior, ¿es posible sustentar estos discursos a la luz de las cifras de visados otorgados por embarazo? Desde el año 2006 hasta el 2012, el número oficial total de visados temporales entregados por el Departamento de Extranjería y Migración correspondió a 493.645. De estos, el 0.88% (4345) fue debido a visados temporales por embarazo.

Respecto de la tendencia de este tipo específico de visado, este se ha mantenido bordeando el 1% (Figura 3) (N=347; 535; 337; 559; 688; 815; 1064), cifra muy marginal al compararla con el total de visados temporales otorgado por el DEM durante el período observado.

Figura 3

Tendencia de visados temporales por motivo de embarazo, respecto del total. Período 2006-2012. Chile

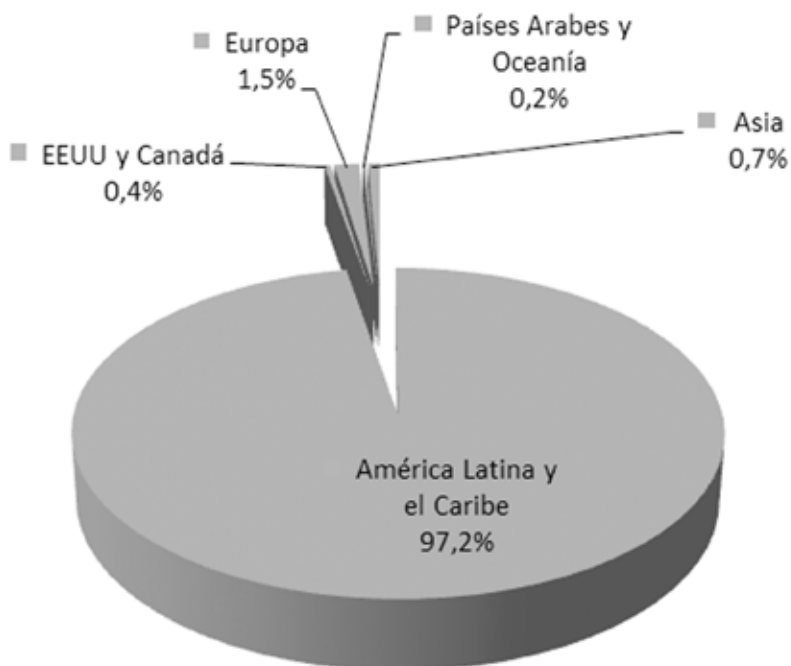


Elaboración propia, en base a estadísticas publicadas por el Departamento de Extranjería y Migración de Chile, 2006-2012.

En cuanto al área geográfica de origen de las personas que solicitaron este tipo particular de visado, el 97,2% (n=4224) correspondió principalmente a mujeres que provenían de América Latina y el Caribe, seguido muy desde lejos por mujeres provenientes de Europa (1.4%) y Asia (0.7%) (Figura 4).

Figura 4

Visados temporales por motivo de embarazo en acuerdo con área geográfica de origen de las mujeres, período 2006-2012. Chile



Elaboración propia, en base a estadísticas publicadas por el Departamento de Extranjería y Migración de Chile, 2006-2012.

Dentro de la región de América Latina y el Caribe, se extendió un total de 4224 visados por embarazo, siendo las mujeres de origen peruano quienes concentran el mayor número de obtención de este visado (72.1%), seguidas por las mujeres provenientes desde Colombia (9.5%), Ecuador (4.4%), Bolivia (4%), Haití (3.9%) y República Dominicana (2.3%) (Tabla 1).

Tabla 1

Visados temporales por motivo de embarazo en los países de América Latina y El Caribe, período 2006-2012. Chile

Países	Visado por Embarazo	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Perú	3047	72,1
Colombia	404	9,5
Ecuador	189	4,4
Bolivia	169	4,0
Haití	166	3,9
República Dominicana	98	2,3
Otros América Latina y Caribe	151	3,5
Total	4224	100

Elaboración propia, en base a estadísticas publicadas por el Departamento de Extranjería y Migración de Chile, 2006-2012.

A la luz de los datos presentados, pareciera que existe un grupo usuario característico del sistema de salud chileno, dicho grupo es eminentemente o andino o del caribe, que coinciden de igual manera con los grupos más consolidados de población migrante, o pertenecen a los grupos que han mostrado un aumento considerable en los últimos cinco años. En ese sentido, parecieran no ser aislados los juicios y etiquetamientos de los que están afectos estos grupos respecto a los funcionarios de los equipos de salud y administrativo. Lo anterior sugiere que integrar un determinado grupo social supone la producción constante de fronteras simbólicas, lo que asegura la identidad y la pertenencia al grupo a través del reconocimiento de quienes están dentro y fuera del mismo.

“Nosotros tomamos sin cesar parte de comunidades, de quienes las creencias compartidas producen una definición específica de la realidad, validada ínter-subjetivamente. Es por eso que somos llevados frecuentemente a marcar fronteras sobre la base de nuestra pertenencia a grupos profesionales, a clases sociales y a grupos étnicos”(Ericsson, 1966, citado por Lamont, 1997) (17).

Destaca dentro de los enfoques en el abordaje del acceso a la atención sanitaria por parte de la población inmigrante (16); el enfoque de los factores socioeconómicos, que pone el acento en la situación de pobreza, marginación y exclusión en que se encuentran los inmigrantes. Si bien esto es reconocido como una variable que influye en el proceso de salud-enfermedad, se relega a áreas de competencia ante las cuales los profesionales de la salud no tienen poder para actuar (lo psicológico o las condiciones de vida de las inmigrantes). Por otro lado, el de las diferencias culturales que propone que el problema sobre el acceso reside en la falta de sensibilidad hacia éstas por parte de los actores involucrados en la relación.

En este último punto creemos reside gran parte de lo abordado, lo que da cuenta que las fronteras simbólicas no son solo formas de clasificación neutras, sino que implican una distinción nosotros/ellos. En otras palabras, implican la construcción y mantención de fronteras implica una dinámica de exclusión. A través de ellas, los sujetos establecen en torno al grupo del cual forman parte y modos de etiquetaje que establecen los marcos para la interacción con los otros excluidos.

8. Conclusiones

La necesidad de asumir los elementos simbólicos subyacentes en las relaciones establecidas en los espacios de salud, pareciera ser a la luz de lo revisado, no sólo necesario si no a la vez urgente. El progresivo aumento de población migrante en nuestro país y el desarrollo de políticas orientadas a brindar acceso a programas del estado a dicha población, no pueden soslayar los elementos psicológicos y sociológicos que están a la base de la construcción de un imaginario en torno a la población migrante. La llegada de migrantes internacionales, en particular migrantes andinos y del caribe, suponen una tensión y el desafío constante de repensar la capacidad inclusiva de nuestras políticas migratorias en general y de cómo estas se manifiestan en un área tan sensible como el de la salud.

El fenómeno analizado da cuenta de esta complejidad simbólica y de lo mucho que aún resta avanzar en pos del desarrollo de políticas de inclusión efectivas, no sólo en términos jurídicos y reglamentarios, sino también en aquellos que son los llamados a la implementación de dichas políticas. Es a lo que Meñaca alude con el concepto de competencia cultural desarrollado en Estados Unidos, cuyo objetivo es de garantizar que todo usuario del sistema de salud reciba un tratamiento efectivo e igualitario de una manera cultural y lingüísticamente apropiada (17).

Taylor afirma que existe una íntima y esencial relación entre nuestra identidad (la interpretación que hacemos de quiénes somos y cuáles son nuestras características fundamentales) y el reconocimiento que tenemos por parte de los demás, así como también por nosotros mismos. Esto considera que la identidad se encuentra moldeada por el reconocimiento o su inexistencia; por ello el autor manifiesta que el mal reconocimiento puede generar en el resto de la sociedad una especie de lectura falsa, que se devuelve en una especie imagen restrictiva, lo cual puede ser degradante e incluso producir efectos de desprecio por aquello que me identifica respecto de los demás y produce un efecto de marginación, degradación, estereotipos y estigmas, entre otros (18). En este sentido, y a partir de lo revisado, el fenómeno migratorio actual debe considerarse como un ejercicio la constatación e inclusión de la diferencia, en particular, reconocer la llegada de migrantes, principalmente andinos y del caribe, como la posibilidad de poner en ejercicio del reconocimiento como condición humana. La falta de reconocimiento puede infligir una herida dolorosa, que causa a sus víctimas un mutilador odio a sí mismas. El reconocimiento no sólo es una cortesía que debemos a los demás, es una necesidad humana vital (19).

Establecer dinámicas orientadas al reconocimiento del otro supone un ejercicio y trabajo constante, en pos de la inclusión de los diversos grupos que van conformando la sociedad. Así, la propuesta de articulación de las políticas públicas, desde la lógica de la inclusión y el reconocimiento, se ofrece como una posibilidad real de generación de procesos inclusivos. Es necesario entonces, reconocer que lo que debe estar a la base de cualquier política que aborde el fenómeno migratorio, es el considerar que nuestra identidad es algo constituido dialógicamente, intersubjetivamente. Descubrir quiénes somos no será algo que obtendremos solos y puramente aislados, ya que eso es imposible, sino más bien a través de la negociación y el diálogo intersubjetivo con los demás.

“De este modo, el que yo descubra mi propia identidad no significa que yo la haya elaborado en el aislamiento, sino que la he negociado por medio del diálogo, en parte abierto, en parte interno, con los demás. Por ello, el desarrollo de un ideal de identidad que se genera internamente atribuye una nueva importancia al reconocimiento. Mi propia identidad depende, en forma crucial, de mis relaciones dialógicas con los demás”(18).

9. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Las diferencias existentes entre los discursos de los agentes o equipos de salud, contrastados con las cifras respecto al embarazo de población migrante internacional, dan cuenta de la necesidad de ir generando procesos comprensivos del fenómeno migratorio, más allá de lo que las cifras intentan reflejar, en específico las diversas barreras a las que se ven expuestas las mujeres migrantes internacionales andinas y del caribe, que son quienes encarnan precisamente dicha complejidad.

El abordar los elementos simbólicos subyacentes a dicho fenómeno, da cuenta de la necesidad de hacerse cargo de este carácter comprensivo en la implementación de políticas públicas para población migrante. Por lo pronto y, a la luz de lo expuesto, surge como necesario el trabajo de concientización progresiva de los equipos de salud, médicos o no, de la necesidad de generar procesos de reconocimiento del otro, no sólo el migrante como un sujeto específico, sino más bien como un ejercicio constante de reconocimiento del otro, orientando las prácticas de los equipos a dicho reconocimiento en todo el proceso salud-enfermedad. En este sentido, la generación de protocolos estables emanados desde la autoridad respectiva, el establecimiento de metas sanitarias tendientes a fomentar espacios interculturales de salud, la incorporación de la variable intercultural en los planes comunales de salud y los planes anuales de capacitación –considerando el rol sustantivo de la atención primaria en el acceso de población migrante internacional-, así como también, la claridad de una política migratoria. Esto, no sólo desde el sector salud, sino más bien como una política de estado, que asuma la integralidad del fenómeno, como un ejercicio constante de encuentro de la población usuaria del sistema público de salud, independiente de su condición o estatus migratorio, permitirán avanzar hacia lo que hemos querido denominar una cultura de los equipos motivada como la apertura hacia el otro, parafraseando a Taylor (19), como políticas de reconocimiento.

Tabla 2

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	Discursos de exclusión hacia colectivos migrantes de origen andino y caribeño.	Desarrollo de competencias culturales en el personal al interior del Estado en todas las reparticiones públicas a lo largo del país. Recuperar buenas prácticas de salud e interculturalidad de países con mayor desarrollo histórico de migraciones internacionales y reconstruirlas a la luz de nuestro contexto nacional.
Dimensión: Comunidad	Aumento de número en los últimos años de población andina y sobre todo del Caribe Necesidad de generar procesos de inclusión de dicha población en las comunidades respectivas	Generar trabajos en las comunidades donde se concentra la población migrante tendientes a reconocerse, desde la diferencia
Dimensión: Políticas intersectorial en ámbitos Nacional e Internacional	Estigmatización, estereotipos negativos, xenofobia hacia ciertos colectivos migrantes, particularmente los de origen andino y caribeño.	Relevar y socializar las buenas prácticas en procesos salud-enfermedad-atención tanto en los niveles primario y secundario a lo largo del país y en otras reparticiones del Estado.
Dimensión: investigación	Abordaje sectorial, monológico por parte de equipos de investigación de asuntos concernientes a las migraciones internacionales.	Integración colaborativa entre los diversos nodos/grupos/núcleos que trabajan los temas de migración desde las ciencias médicas y las ciencias sociales. Superar el etnocentrismo metodológico con que se miran los fenómenos migratorios internacionales-suponiendo una realidad extrapolable a lo largo de todo el país. Considerar los saberes legítimos y distintos respecto al tema en regiones, particularmente las fronteras.

10. Referencias

1. Agar L. Reflexiones sobre cohesión social y pluralidad. *Palabra*. 2011;(12):108-29.
2. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados encuesta CASEN 2013 [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 1]. Available from: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/>
3. United Nations. Trends in international migrant stock: the 2013 revision-migrants by age and sex. 2013;
4. OECD-UNDESA. La migración mundial en cifras [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 1]. Available from: <https://www.oecd.org/els/mig/SPANISH.pdf>
5. Stefoni C. Inmigración peruana en Chile, una oportunidad para la integración. 2002.
6. Tijoux M. "Negando al 'Otro': El constante sufrimiento de los Inmigrantes Peruanos en Chile." In: "Mujeres inmigrantes en Chile: Mano de obra o trabajadoras con derechos?" 2011. p. 18.
7. Departamento de Extranjería y Migración Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Migración en Chile 2005 - 2014. Santiago de Chile; 2016.
8. Poder legislativo chileno. Establece disposiciones sobre Protección de Refugiados. Chile; 2010.
9. Liberona N. De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis. Conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Rev Ciencias Soc*. 2012;28:18-38.
10. Vulpiani P. Health for All? Inequalities, Discriminations and Health Care for Migrants. In: *Health for All, All in Health European Experiences on Health Care for Migrants*. Peruggia: cidis/alisci; 2000. p. 11-30.
11. Auyero J. "Patients of the State". An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. Universidad de Texas en Austin. Traducción resumida del inglés en Documento de Cátedra 64. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales. Lederman, F, Ballesteros M., Paredes D. (2010) "Sociología". p. 6
12. Bourdieu P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus; 1998. p. 104
13. Bourdieu P. Campo del poder, campo intelectual. Buenos Aires: Montessor Jungla Simbólica; 2002. p. 119.
14. Lamont M, Molnár V. "The study of boundaries in the Social Sciences." *Annu Rev Sociol*. 2002; 28:167. pp. 167-195.
15. Lamont M. "Immigration and the salience of the racial boundaries among French workers." In: Chapman, Herrick, Frader L, editor. *Race in France Interdisciplinary perspectives on the politics of the difference*. New York: Cambridge University Press. Esas; 2004. p. 152
16. Lamont M. *The Rhetorics of Racism and Anti racism in France and the United States*. Sage Foundation and Princeton University; 1997; p. 18.
17. Meñaca A. Salud y Migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. In: Juárez F, editor. *Salud e interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya-Yala; 2004. pp. 53-64.
18. Taylor C. La política del reconocimiento en Taylor, C. In: *Argumentos filosóficos, Ensayos sobre el conocimiento, el lenguaje y la modernidad*. Barcelona: Paidós; 1997. p. 293.
19. Taylor C. El multiculturalismo y la "política del reconocimiento." México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1993. pp 58-59.

11. Acerca de los autores

María Guerra, Enfermera, MPH, PhD(c)

Profesora auxiliar del Departamento de Salud Pública, de la Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. Trabaja desde el año 2013 en migración y salud; Políticas Públicas; Abordajes Cualitativos. Ha participado en proyectos de investigación internacionales y nacionales.

Email: maria.guerra@uv.cl

Mauricio Ríos Hidalgo, Msc(c)

Metodólogo de los Programas de Acompañamiento en Fosis Central y docente en las Escuelas de Trabajo Social y Psicología de la Universidad Santo Tomás. Desde el año 2000 ha trabajado en el ámbito de la docencia y la investigación y en diversas reparticiones públicas. Actualmente es co-investigador de un Proyecto Fondecyt Regular.

Email: mauriciorioshi@santotomas.cl



Capítulo 12

Nacer y crecer en Chile: Identificando brechas entre niños migrantes internacionales y niños chilenos

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Marcela Oyarte, MSc

Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Macarena Chepo, MSc(c)

Profesora Asistente, investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Patricia Bustos, MSc(c)

Asesora Departamento de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Región Metropolitana, Chile

María Eugenia Chadwick, MD, Esp.

Salud Pública Dirección de salud, Ilustre Municipalidad de Recoleta, Región Metropolitana, Chile

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Los cimientos de casi todos los aspectos del desarrollo humano se establecen en la primera infancia y la niñez.
- La atención a la salud y el bienestar de la niñez han sido posicionados como indicadores clave del progreso global, en el desarrollo humano y económico, la igualdad y el resguardo de los derechos humanos de las naciones.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- **Sobre nacer en Chile: evidencia de atención prenatal 4 centros de salud primarios comuna de Recoleta:**
 - De las mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, el 20,4% correspondió a mujeres migrantes internacionales, las cuales en su amplia mayoría eran provenientes del Perú.
 - El promedio de edad es levemente mayor en mujeres inmigrantes que en chilenas (27 años inmigrantes vs 26 años chilenas). Inmigrantes tienen mayor escolaridad que las chilenas.
 - En inmigrantes destaca un 28,8% de mujeres sin previsión de salud (versus 99,1% de cobertura en mujeres embarazadas chilenas).
 - El 41,2% de las embarazadas inmigrantes (107 casos) fueron derivadas a COPAR, versus un 43,2% (437 casos) en mujeres chilenas. Inmigrantes 50,1% presentaron una mayor proporción de Riesgo Biopsicosocial comparado a chilenas (62,3% inmigrantes vs chilenas).
 - Las mujeres inmigrantes comienzan sus controles maternos en forma más tardía.
- **Sobre crecer en Chile: percepciones y experiencias de inmigrantes, trabajadores de salud y autoridades municipales:**
 - Una de las principales problemáticas iniciales que relatan los migrantes internacionales al llegar al país radica en los sentimientos de tristeza al dejar a sus hijos en el país de origen.
 - Otro de los problemas detectados radica en la vulnerabilidad económica que reviste el embarazo, parto y crianza inicial para una mujer inmigrante, especialmente aquella en situación irregular.
 - Padres que están con sus hijos en Chile describen experiencias de discriminación y barreras administrativas que impiden una incorporación legítima en país y dificultan, consecuentemente, la incorporación de sus hijos a los colegios.
 - Otra de las dificultades que deben enfrentar los niños son las precarias condiciones de habitabilidad en la que residen sus padres, vinculadas a hacinamiento.
 - Existe un interés y compromiso creciente por parte de los equipos de salud y autoridades por mejorar la salud y las condiciones de vida de la población inmigrante internacional y sus familias, evidenciado en distintas iniciativas que se materializan a lo largo del país.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de mujeres inmigrantes embarazadas, en particular aquellas en situación legal irregular, con riesgo obstétrico o biopsicosocial y sin previsión de salud.
- Existe la oportunidad de incorporar desde el inicio de una política de salud migratoria en Chile el enfoque de salud en todas las políticas. Esto es relevante a nivel nacional amplio, pero también a nivel internacional.

d) **Palabras clave:** salud, migrantes internacionales, niñez, población infantil, brechas de salud, equidad en salud, Chile.

2. Antecedentes

2.1. Bienestar en la niñez

Los cimientos de casi todos los aspectos del desarrollo humano se establecen en la primera infancia y la niñez. ¿Qué pasa durante estos años, a partir de la vida intrauterina, que tiene efectos de por vida en muchos aspectos de la salud y el bienestar del individuo? (1). En un contexto global de profunda desigualdad social entre y dentro de los países, la atención a la salud y el bienestar de la niñez han sido posicionados como indicadores clave del progreso en el desarrollo humano y económico, la igualdad y el resguardo de los derechos humanos de las naciones. El bienestar en la niñez es una medida de salud pública necesaria para monitorizar y prevenir los efectos en salud poblacional de desigualdades sociales innecesarias y prevenibles, promoviendo el acceso a las mismas oportunidades de desarrollar lo mejor de sí mismos a cada niño que nace en nuestro planeta (2).

¿Cómo se define bienestar en la niñez? Antes de presentar evidencia científica y posturas políticas relevantes en la actualidad, es necesario primero definir brevemente los conceptos fundamentales que se tratan en este capítulo. La niñez es ampliamente definida como el período de la vida humana que va desde el nacimiento hasta los 13 años de edad. La primera infancia se define en la mayoría de los países como el período anterior a la entrada en la escuela formal. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño define al niño como toda persona menor de la edad de 18 años, a menos que las leyes nacionales reconozcan la mayoría de edad como antes. Esto coincide con la definición de los jóvenes de las Naciones Unidas, entre las edades de 15 y 24 años, a menudo dividido en adolescentes (13-19 años) y adultos jóvenes (edades 20-24). La niñez es un período muy dinámico y extendido en una vida de una persona, pues se está en constante desarrollo y la experiencia de ser niño varía ampliamente entre y dentro de los países y las diferentes comunidades existentes en el mundo. A pesar de que la niñez en su totalidad es una etapa compleja y crítica para la posterior salud y bienestar de un individuo, en general se acepta que el período prenatal y los tres primeros años de vida son especialmente importantes para las trayectorias de desarrollo, crecimiento y salud de las personas (3).

Los conceptos de salud y bienestar están íntimamente relacionados. Salud ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (4) como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El bienestar es un concepto multidimensional. Según la OMS, se refiere a un estado en el que un individuo se da cuenta de su propio potencial, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su propia vida y a su comunidad (5). Para los niños, el bienestar está directamente relacionada con su entorno emocional y las circunstancias sociales en las que han nacido y continúan creciendo (6). Por lo tanto, el bienestar en la niñez no puede ser evaluado por un solo factor y se ha propuesto una perspectiva socio-ecológica de este concepto y que es ampliamente utilizado. Esta perspectiva localiza el bienestar del niño en el contexto de la familia, las redes de amigos, la escuela y la comunidad, y no sólo en el contexto de los estándares de vida material de los hogares (7).

La Convención de la ONU de 2005 sobre los Derechos del Niño exige que los niños deben ser la primera y principal prioridad de cualquier sociedad, con el fin de proteger sus años vitales y vulnerables de crecimiento de "los errores, las desgracias y las vicisitudes del mundo de los adultos" (8) (pág. 31). Su derecho a crecer con un nivel de recursos materiales suficientes para proteger su desarrollo físico y mental es un derecho fundamental. Como la presente Convención declaró: "La garantía de este derecho no debe depender de si las economías están en crecimiento o recesión, o de si las tasas de interés están subiendo o bajando, o en si un determinado país está en el poder o una política en particular está de moda" (8) (pág. 31).

La evidencia disponible en la actualidad acerca de salud de la niñez, tanto de países de altos ingresos como de países de bajo y mediano ingresos, demuestran el devastador efecto de la pobreza en los niños (9, 10). Niños y jóvenes que viven en condiciones materiales y sociales precarias (por ejemplo, insuficiente alimentación, vivienda inadecuada, pobre acceso y atención de salud, etc.) están en mayor riesgo de trastornos del desarrollo que aquellos niños que no experimentan estos problemas sociales y de salud pública (11). En consecuencia, niños en situación de pobreza o que experimentan un nivel socioeconómico sub-óptimo son menos propensos a alcanzar sus capacidades educativas óptimas, y como adultos son más propensos a sufrir de inseguridad en el empleo, el subempleo, malas condiciones de trabajo y pobre salud, entre otros (8, 12).

Sin embargo, no es solo la pobreza material absoluta la que afecta los niveles de bienestar infantil de una población. Otra hebra de evidencia científica muestra que la desigualdad y la posición socioeconómica relativa también son fundamentales para el bienestar de la niñez y su transmisión a lo largo de las generaciones (13). Una interesante hipótesis que se ha desarrollado en las últimas décadas, sustentada en evidencia empírica de diversos países, propone que las sociedades con una amplia brecha entre ricos y pobres consistentemente obtienen peores resultados que las sociedades más igualitarias en una serie de indicadores sociales y de salud (14, 15). Esto afecta a los niños también, ya que son ellos quienes experimentan desde muy temprano en su vida las desventajas físicas, emocionales y sociales de crecer en un ambiente social y cultural que no ofrece todas las oportunidades de crecer y florecer en todos sus talentos y potenciales.

Reportes políticos redactados en muchos países de ingresos altos tales como Canadá (16) y el Reino Unido (6), así como organismos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, han abogado por la simple pero poderosa idea de que la vida de cada niño cuenta (17). No obstante, hasta el día de hoy se conocen nuevas y profundas diferencias sociales y de salud, prevenibles e injustas, de niños entre y dentro de continentes y países del mundo. Estas diferencias impactan, por ejemplo, en las tasas de mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer, la cobertura de inmunización,

y el porcentaje de población infantil que vive hoy en pobreza absoluta. La reducción de la pobreza material y de la desigualdad socioeconómica de la niñez podría mejorar la mortalidad infantil y esperanza de vida, así como contribuir a la meta de reducir las desigualdades en salud en la población general (18).

El último reporte de niñez de las Naciones Unidas del 2016 (Estado Mundial de la Infancia 2016: una oportunidad para cada niño) entrega información crítica acerca de la importancia de nacer y crecer en un espacio familiar, comunitario y socio-cultural estable, seguro y que ofrece oportunidades de crecimiento sano y permanente. Más aún, subraya que la inequidad, aquellas diferencias prevenibles, innecesarias e injustas, “pone en peligro a millones de niños y amenaza el futuro del mundo” (19)(pág.vi). Las vidas de millones de niños están malogradas por el solo hecho de haber nacido en un país, en una comunidad, con un género o en determinadas circunstancias particulares. Y, como se declara en este informe internacional, a menos que aceleramos el ritmo para llegar a ellos, el futuro de millones de niños desfavorecidos y vulnerables –y, por tanto, el futuro de sus sociedades– se encuentra en peligro. El reporte destaca que las condiciones desfavorables importan desde antes de nacer:

“Incluso antes de venir al mundo, la inequidad configura a menudo las posibilidades vitales de los niños pobres y excluidos. Las desventajas y la discriminación contra sus comunidades y sus familias contribuirán a determinar si sobreviven o mueren, o si tienen una posibilidad de aprender y ganar más tarde un salario decente. Los conflictos, las crisis y los desastres relacionados con el clima profundizan sus privaciones y reducen su potencial.”(19)(pág.vi).

Si continúan las tendencias actuales, 69 millones de niños morirán debido a causas evitables, 167 millones de niños vivirán en la pobreza y 750 millones de mujeres se habrán casado siendo aún niñas en 2030, la fecha límite para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a menos que el mundo concentre sus esfuerzos en la situación de los niños más vulnerables. La hora de actuar sobre esta materia es ahora mismo, o se proyecta que para el 2030 (19):

- Casi 70 millones de niños y niñas podrían morir antes de cumplir cinco años, 3,6 millones solamente en 2030, el plazo para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.
- Los niños de África subsahariana tendrán 12 veces más posibilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños de los países de altos ingresos.
- Más de 60 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria estarán sin escolarizar, prácticamente el mismo número de los que no van a la escuela hoy en día.

Pero esto no tiene por qué ser así. El mundo ha logrado enormes progresos para reducir la mortalidad infantil, para enviar a los niños y niñas a la escuela y sacar a millones de la pobreza. Muchas de las intervenciones que respaldan estos progresos –como las vacunas, las sales de rehidratación oral y una mejor nutrición– han resultado prácticas y eficaces con respecto a su costo. El incremento de la tecnología digital y móvil, y otras innovaciones, han facilitado y hecho más rentable la tarea de prestar servicios fundamentales en comunidades de difícil acceso, y de ampliar las oportunidades para los niños y las familias que se encuentran en una mayor situación de riesgo. En gran parte, los obstáculos para llegar a estos niños no son de naturaleza técnica, sino una cuestión vinculada con el compromiso político. Son una cuestión de recursos y también una cuestión de voluntad colectiva.

Es importante reconocer que la evidencia científica válida es el punto de partida necesario para movilizar acciones humanas que promuevan el bienestar en la niñez. En Chile se realizan de manera histórica y sobresaliente esfuerzos de salud pública en esta línea, pero sin duda debemos actualizar nuestras definiciones e indicadores de quienes son nuestra población infantil de interés, incluyendo la población migrante internacional que ha aumentado en los últimos años y de la cual sabemos muy poco.

2.2. Nacer en Chile, ¿qué sabemos?

De acuerdo a lo reportado por Salder y Leiva (20), durante el siglo XIX, en Chile (y en otros países de la región y del mundo), la asistencia del parto vivió una de sus transformaciones más radicales. Hasta entonces, gestar y parir eran experiencias que se asociaban a la mortalidad materna, principalmente a causa de infecciones puerperales y hemorragias. Fue en este período que comenzó la formación de matronas profesionales y de obstetras, con el objetivo de detener la mortandad asociada al nacimiento en el país. Y fue asimismo en este período que el parto fue paulatinamente dejando de ser asistido por parteras empíricas (no profesionales), y fue transitando desde el reino de lo natural al de lo médico. En 1957, en nuestro país el 60,8% de los nacimientos ya era atendido por profesionales, y esta cifra alcanzó el 99% en el año 1990.

Durante la última mitad del siglo pasado, la tasa de mortalidad materna en Chile transitó desde 293,7 por 100.000 nacidos vivos en 1957, a 18,5 por 100.000 nacidos vivos en 2011, lo que se explica principalmente por el aumento del nivel educacional de las mujeres y mejora del sistema sanitario. En el 2008 Chile era uno de los países en el continente americano con la tasa más baja de mortalidad materna, sólo por debajo de Canadá, y con cifras muy por debajo del promedio continental (20-22).

Durante el siglo XXI la mortalidad materna ha seguido siendo foco de preocupación en todo el mundo. Uno de los 8 Objetivos del Milenio planteados por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000 fue el de reducir la tasa de mortalidad en el mundo en un 75% para el año 2015 en relación a las tasas de 1990. Esto le significaba a Chile transitar desde 39,8 a 9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (de 1990 a 2015)(23).

Ya cumplido ese plazo, la meta no se logró en Chile, ya que desde el año 2000 la tasa de mortalidad materna no ha disminuido y se ha mantenido constante, lo que ha sido denominado como *mortalidad materna residual* (24), una mortalidad que no responde a programas ni a políticas de salud. Se han planteado diversas explicaciones, entre ellas: la maternidad excesivamente postergada, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, e incluso algunos autores han señalado la excesiva medicalización como un factor sobre el cual poner atención (20, 22).

Un estudio en dos grandes maternidades de la Región Metropolitana realizado en 2010-2011 indica que un 92,7% de los partos tuvieron intervenciones como inducción artificial del trabajo de parto, rotura artificial de membranas y episiotomía, entre otras (25). Durante la década pasada Chile fue el cuarto país a nivel mundial con más cesáreas, probablemente el indicador más claro para visibilizar el excesivo intervencionismo médico del nacimiento. Hoy, Chile es el tercero de los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), según un informe que sólo considera los partos del sistema público (20, 26).

En el año 2012, el 49,3% de los partos se resolvieron por medio de una cesárea en Chile, en el contexto de que la Organización Mundial de la Salud señala que a nivel de población, las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas a una reducción de la mortalidad materna y neonatal (27). Esta alta tasa de cesáreas tiene la particularidad, además, de presentar grandes diferencias entre el sector público y privado, 39,4% y 71,8% respectivamente (2012). La mayor paradoja es que en el sector donde se atienden más cesáreas, están las mujeres más sanas. Los partos en el sector privado han transitado durante la última década de un 20,9% (en el año 2000) a un 30,7% (en el año 2012). Ya en el año 1997, un estudio que analizó la tasa de cesáreas en Chile entre los años 1985 y 1994 señalaba que el aumento de estas cirugías en Chile se correlacionaba con el aumento de los nacimientos asegurados en el sistema privado, y no con factores biológicos de la población (28). En el 2000, un estudio que profundizó en la relación entre la alta tasa de cesáreas y el seguro privado de salud, recalcó la influencia de las fuentes de financiamiento en la vía final del nacimiento, y agregó que las jornadas de trabajo exigentes e itinerantes de los obstetras favorecía la planificación de los nacimientos como estrategia para poder gestionar el tiempo (20, 29).

Con lo anterior como evidencia de cómo están naciendo nuestros niños en Chile, surgen varios desafíos urgentes en esta materia. Primero, lograr reducir las tasas de cesáreas electivas no asociadas a problemas médicos, en mujeres sanas del sector privado de salud. Comprender las creencias y actitudes asociadas a esta práctica en estas mujeres y sus equipos de salud es fundamental para el cambio cultural a largo plazo. Segundo, recuperar el contexto natural y fisiológico del trabajo de parto y parto, sin descuidar la importancia del sistema de salud como soporte y gestor de dicho hito central en la vida de todas las familias en nuestro país. Tercero, velar por registrar, monitorizar e investigar brechas en las formas de gestar y parir en nuestro país según contextos socio-culturales particulares que hoy co-existen en Chile. Diferencias culturales asociadas a grupos originarios, vida rural o urbana, nivel socioeconómico y estatus migratorio, entre otros, deben recibir mayor atención.

Poco se sabe de las diferencias que pueden existir en la actualidad en la forma de gestar y nacer en Chile entre mujeres chilenas y migrantes internacionales. No obstante, se sabe que la población migrante femenina ha aumentado en el tiempo y se encuentra en edad fértil. Generar evidencia en esta materia es de gran utilidad para la toma de decisión política en salud así como en la práctica cotidiana de los equipos de salud a nivel local. En conciencia de que la forma de desarrollarse intrauterinamente y de nacer es crítica para la vida futura, estudios en esta línea son un aporte necesario y urgente en este momento en nuestro país.

2.3. Salud de niños migrantes internacionales: evidencia mundial

Los niños y niñas están expuestos a cambios físicos acelerados y trascendentes que repercuten directamente en etapas posteriores. Resulta evidente la transformación y el fortalecimiento permanente y paulatino de las capacidades de cada uno, dada la integración de funciones orgánicas, junto al crecimiento y a la maduración de órganos y sistemas que le facilitan el logro de una autonomía e iniciativa progresiva. Dichas capacidades están supeditadas a una co-relación permanente con el entorno familiar, social y político y su vinculación con estos actores. De esta manera, se hace relevante la presencia y participación activa de los adultos para el desarrollo de estas habilidades y la expresión de ellas (30). En base a la evidencia internacional, es posible proponer que niños y niñas son más susceptibles al entorno biopsicosocial y económico que cualquier otro grupo etario a lo largo de la vida. Además, no disponen de todos los recursos para recuperar su bienestar, tales como aquellas capacidades de resiliencia que se requiere para restablecer el orden (31). Es posible que esta condición natural en la niñez sea la clave que sustenta la obligación moral de las acciones preventivas, curativas, sociales, económicas u otra por parte de la población adulta, que apunten a minimizar y/o prevenir condiciones desfavorables para el sano desarrollo de todo niño en nuestro país (30, 32).

En 2015, había 244 millones de migrantes internacionales en el mundo, un 41% más que en el año 2000 (33). Se ha estimado que 37 millones de estos migrantes son menores de 20 años. La mayoría de los niños migrantes internacionales residen en los países en desarrollo, África y Asia representando 21-28% de todos los niños migrantes, mientras que en Europa y las Américas representan 10-11% de los niños migrantes (34). Por lo tanto, la cuestión de la salud y el bienestar de los niños que migran o nacen de familias migrantes es relevante, y la salud de los niños migrantes es una preocupación creciente a nivel mundial.

Los niños y jóvenes migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, en particular si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas. Desafíos como la falta de acceso a atención médica y a servicios sociales, así como la

exposición a barrios inseguros o a contaminantes son factores de riesgo conocidos para su salud (35). Además, el proceso de migración es una fuente de varios factores de estrés psicosocial. Ya sea forzosa o voluntaria, la migración implica separación de la familia y la cultura. Además, las condiciones de trabajo inseguras y otros desafíos sin las redes de apoyo y capital social habituales los exponen a mayor ansiedad y los desafía para la integración social. La migración forzada, resultante de un conflicto, la inseguridad económica o los desastres naturales, agrava aún más los riesgos para la salud mental de los migrantes internacionales, incluyendo a los niños (36-38).

Estos factores de riesgo se traducen en resultados adversos para la salud de los niños migrantes internacionales. De acuerdo a lo reportado en la literatura internacional, niños nacidos de madres con antecedentes de inmigración tienen una mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer (39-42). El estado de salud física de los niños migrantes después del nacimiento se ha estudiado con menos rigor, pero hay indicios de mayor prevalencia de caries dentales, algunas enfermedades infecciosas (41, 43) y obesidad (44). También se han reportado problemas de salud mental e integración psicosocial (45, 46). Es importante reconocer que diversos estudios se han centrado en la salud mental de este grupo, pero ha sido difícil sacar conclusiones firmes debido a las diferentes metodologías de estudio, definiciones y contextos de los migrantes internacionales entre los países estudiados (47).

Además de las diferencias en factores de riesgo y de estado de salud, el uso de los servicios de salud en las familias migrantes puede diferir de la población local. Las razones para ello son diversas e incluyen, por ejemplo, diferentes patrones de enfermedad, diferentes comportamientos de acceso al sistema de salud, variabilidad económica y social, así como la disposición de cobertura de seguros de salud. De hecho, varios estudios y algunas revisiones sistemáticas han documentado el reducido uso de los servicios de salud prenatal entre inmigrantes embarazadas (39, 48). Hay pocos estudios acerca del uso de servicios de los niños migrantes internacionales. En Suiza, los niños de familias migrantes tienen significativamente mayor uso de los servicios hospitalarios y de atención intensiva que la población local (41). En España, un estudio realizado en 2009 sugirió que los hijos de los inmigrantes tuvieron significativamente menos enfermedades crónicas, mientras que el estado de salud percibida, de acuerdo con la autoevaluación de los padres u otro cuidador, era peor si ambos padres eran inmigrantes (49). Las diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre niños inmigrantes y locales pueden ser profundizadas por otros factores socioeconómicos como la pobreza y el origen étnico (50-52).

De acuerdo a lo disponible en la actualidad en la literatura internacional, hay varias cuestiones problemáticas relacionadas con la salud y uso de servicios sanitarios por parte de poblaciones migrantes internacionales. Entre ellas destacan: (i) el acceso difícil y el desconocimiento del nuevo sistema de atención de la salud, (ii) las barreras del idioma, (iii) las diferencias en expectativas y necesidades percibidas por parte de este grupo, (iv) la divergencia en la capacidad de pago de los costos de atención de la salud, y (v) las diferencias culturales en las definiciones de enfermedad y los tratamientos esperados. Los pocos estudios disponibles en niños migrantes sugieren que las barreras idiomáticas (53) y las expectativas de los padres respecto del sistema de salud (37) son particularmente relevantes. Sobre este último punto, un estudio cualitativo de familias polacas en Escocia sugirió que las preocupaciones de los padres migrantes acerca de los servicios de salud son propensos a tener un impacto en sus creencias y comportamientos infantiles (54).

2.4. Salud en población infantil en Chile

En Chile, han existido importantes esfuerzos históricos por mejorar la salud y el bienestar de niños y niñas. En el año 1990, el Estado chileno ratificó los principios descritos en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, donde se consagra que éstos deben ser garantizados a todos los niños y las niñas sin distinción e independientemente de cualquier característica personal o de su familia. En la actualidad, las políticas de atención de salud se materializan en el Programa Nacional de la Infancia (55), dirigido a niños de 0 a 9 años, que tiene por propósito *“contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida”* (55), en sintonía con las metas establecidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (56).

Dentro de las prestaciones incluidas en esta línea programática se encuentran: el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, Gestión Hospitalaria y Protección a la Primera Infancia (Chile Crece Contigo). En particular, este último se encuentra desarrollado en el marco de la ley 20.379, que institucionaliza al Chile Crece Contigo (57) como una política pública estable, con garantías explícitas de acceso, donde todos los niños y niñas que se atienden en sistema público se integran al programa desde el periodo de gestación hasta que ingresan al sistema escolar. Las acciones que se realizan en este programa se detallan en un catálogo de prestaciones que se acuerda anualmente con el Ministerio de Salud, y se orientan principalmente a cinco ámbitos: (i) fortalecimiento de la atención prenatal; (ii) atención personalizada en el nacimiento; (iii) atención integral al niño/a hospitalizado; (iv) fortalecimiento del control de salud del niño/a y (v) fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral, otorgando prestaciones diferenciadas, como ayudas técnicas, sala cuna, jardines infantiles, y nexos con Programa Chile Solidario, entre otros.

Respecto a indicadores vinculados a infancia, el Observatorio de la Niñez y Adolescencia estableció, en su segundo informe para el año 2014 (58) algunos de los principales indicadores de monitoreo de salud de la población chilena infantojuvenil, donde se destaca:

- **Mortalidad Infantil:** la tasa de mortalidad infantil para el año 2011 alcanzó 0,63 por cada 1000 nacidos vivos en Chile. Del total de las defunciones en menores de 18 años, un 76,5% se registra en la primera infancia (entre los 0 y 5 años) mientras que un 13,6% lo hace en la adolescencia. En el grupo etario de 6 a 13 años, ocurren la menor cantidad de muertes, con un 9,9% del total. En el grupo etario de 14 a 17

años, la tasa de mortalidad de los hombres dobla la de las mujeres. Las regiones con más baja tasa de mortalidad de niños/as y adolescentes son las de Biobío y Coquimbo, con 0,55 y 0,57 nacidos vivos cada 1000, respectivamente.

- **Obesidad y Sobrepeso Infantil:** El promedio país de niños con obesidad y sobrepeso menores de 6 años alcanza a un 32,3%. Las regiones con mayor prevalencia de malnutrición por exceso son Aysén (42,0%), Los Lagos (39,1%) y Los Ríos (38,8%), mientras que las más bajas son Antofagasta (24,9%), la Región Metropolitana (29,9%) y Valparaíso (30,2%).
- **Salud Mental:** El suicidio adolescente representa un importante problema de salud mental de la población adolescente, especialmente para el grupo entre 14 y 17 años, con una tasa de 7,4 por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2011. Por sexo, para el mismo año, afectaría en mayor medida a población masculina con una tasa 2,61, superior a la población femenina (1,53).
- **Salud sexual y reproductiva:** El 6,5% del total de los nacimientos ocurridos el 2011 pertenecieron a madres adolescentes, entre 14 y los 17 años de edad. La mayoría de los casos se concentra a los 17 años y decrece según disminuye la edad. Las regiones que concentran mayor tasa de embarazo adolescente son Atacama (43 madres de cada 1.000 adolescentes), Antofagasta y Arica y Parinacota (39 y 36 madres cada 1.000 adolescentes, respectivamente).

2.5. Salud de niños migrantes internacionales en Chile, ¿una tarea pendiente?

Hay urgentes desafíos en el tema de bienestar en la niñez en Chile. En la actualidad prima aún la mirada adulto-céntrica sobre los niños y niñas. Esta mirada históricamente los ha posicionado como sujetos carentes y vulnerables, en particular a la hora de compararlos con el mundo adulto. Tal juicio hacia la infancia estructura una oferta de servicios con escaso reconocimiento de las oportunidades y capacidades de éstos/as y sin diferenciarlos, en los que el enfoque de género se desdibuja entre unos y otros. Lo anterior impacta en la implementación de intervenciones, las cuales se han definido como poco pertinentes (59). Por otra parte, Chile presenta un retraso normativo frente a la protección efectiva de los derechos de la Infancia. Aún no se cuenta con una Ley de Protección Integral que garantice la protección de los derechos de niños y niñas. En consecuencia, los principios declarados en la convención de los derechos de los niños aún no se evidencian claramente, pues no existe una estructura institucional que vele por su aplicación y desarrollo (30).

En lo que respecta a salud de niños migrantes en particular, la normativa chilena documento GAB. PRES 009/2008 menciona, en los principios de la política nacional migratoria, la integración y protección social de los inmigrantes específicamente en temas de educación, salud y trabajo. La circular A 15/06 del 09 de junio del 2015 sobre Atención de salud de personas inmigrantes menciona que: *“los establecimientos del Sistema Público de salud brindarán las atenciones y prestaciones de salud que sean necesario a los extranjeros que estén en el país en calidad de inmigrantes y no cuenten con otro derecho a atención de salud, que carezcan de documentos o permisos de permanencia en los siguientes casos: niños hasta los 18 años, todas las prestaciones de salud incluidas las del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial y el programa de apoyo al recién nacido”*.

Sumado a lo anterior, es necesario reconocer que poco se sabe de las diferencias que pueden existir en la actualidad en la forma de nacer y crecer en Chile entre niños chilenos y migrantes internacionales. Esto incluye tanto a niños nacidos en el extranjero que residen en Chile como a niños hijos de migrantes internacionales que nacen en nuestro país (segunda generación de migrantes). Sin embargo, ya es aceptado que la población migrante internacional tiene tasas de partos mucho más altas que la población local chilena. El capítulo de egresos hospitalarios de esta sección del libro detalla aún más este fenómeno ya instalado en Chile.

Por otra parte, en algunos grupos migrantes vulnerables en Chile, tales como aquellos de menor nivel socioeconómico, la proporción de población infantil es más alta que en migrantes de clase alta, lo que también despierta una alarma sobre condiciones de vida de niños migrantes en situación de vulnerabilidad socioeconómica (60-63). Más aun, medios sociales de difusión amplia – diarios, revistas, televisión y radio- han realizado algunas investigaciones periódicas sobre niños migrantes, relatando los desafíos de integración escolar, de salud y de convivencia sana que tienen que enfrentar algunos de estos niños desde muy temprano en sus vidas. Destacamos por ejemplo la serie de documentales breves sobre niños migrantes realizado recientemente por 24.cl, Unicef, y el Programa de Estudios Sociales de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo. Esta serie de videos se puede descargar en forma gratuita en el link <https://www.youtube.com/watch?v=zohxriqKOTc>

Tal y como fue señalado previamente, generar evidencia en torno a las condiciones de vida y salud – en definitiva, un concepto amplio e integrador de bienestar- de la niñez en Chile es de gran utilidad para la toma de decisión política en salud y para la práctica cotidiana de los equipos de salud a nivel local. En conciencia de que la forma de desarrollarse intrauterinamente, de nacer y de crecer en los primeros años es crítica para la vida futura, estudios en esta línea son un aporte necesario y urgente en este momento en nuestro país.

3. Propósito

El propósito de este capítulo es dar a conocer brechas existentes en resultados de salud de la niñez entre población migrante internacional y chilena. La información disponible en este grupo es, en la actualidad, limitada. No obstante, es posible realizar algunos análisis exploratorios de dos fuentes de información específicas: (i) Datos cuantitativos de consulta prenatal recolectados de 4 centros de salud primarios públicos de la comuna de Recoleta respecto de embarazo y resultados de parto en población migrante y local, y (ii) Datos cualitativos de 8 comunas de todo Chile respecto de bienestar en la niñez en general, en el marco del proyecto Fondecyt 11130042 "Desarrollando Inteligencia en Salud Pública Primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos" (2013-2017).

Los datos cuantitativos de consulta prenatal se obtuvieron a partir de los registros electrónicos anónimos de las mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de administración municipal de la comuna de Recoleta a lo largo del año 2012 (se excluyó centro Cristo Vive dependiente de una fundación). Dichos registros corresponden a bases de datos del programa Chile Crece Contigo, adicionada con registros de elaboración propia de cada encargada de CESFAM del programa de la mujer. Esta base contiene los antecedentes sociodemográficos, obstétricos y de morbilidad de la madre, además de variables relacionadas con el control actual del embarazo y con el resultado final de este. Para el análisis de esta base de datos se descartaron los ingresos de mujeres que asistieron con niños recién nacidos antes de los 28 días, mujeres con más del 70% de observaciones vacías, y mujeres con embarazos múltiples (13 casos) logrando una base final para análisis de 1.272 casos, de las cuales 1.012 eran chilenas y 260 (20,4%) migrantes internacionales.

Para la fase cualitativa se realizaron entrevistas semiestructuradas (individuales y grupales) a: (i) población migrante, (ii) autoridades comunales y (iii) funcionarios de la salud de centros de atención primaria en salud, tal como se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1

Descripción sociodemográfica de participantes de la fase cualitativa, proyecto Fondecyt 11130042.

Participantes Total n=221	Información Sociodemográfica
<p><i>Directores de Centros de Salud</i> (n=17)</p> <p>15 entrevistas individuales</p> <p>1 entrevista bi-personal</p>	<p>Sexo: 11 mujeres, 4 hombres</p> <p>Rango de Edad: 27-64, Promedio: 47,60 años</p> <p>Sexo: 2 mujeres</p> <p>Rango de Edad: 35-39, Promedio 37,50 años</p>
<p>Autoridades locales en salud (n=16)</p> <p>14 entrevistas individuales</p> <p>1 entrevista bi-personal</p>	<p>Sexo: 9 mujeres, 5 hombres</p> <p>Rango de Edad: 28-58, Promedio: 43,86 años</p> <p>Sexo: 2 mujeres</p> <p>Rango de Edad: 46- 47, Promedio: 46,50 años</p>
<p>Trabajadores de Salud (n=68)</p> <p>8 Grupos Focales</p>	<p>Sexo: 57 mujeres, 11 hombres</p> <p>Rango de Edad: 26-67, Promedio: 39,01 años</p>
<p><i>Migrantes internacionales</i> (n=120)</p> <p>(63 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y 8 grupos focales)</p>	<p>Sexo: 80 mujeres, 40 hombres</p> <p>Rango de Edad: 19-69, Promedio: 36,4 años</p> <p>Nacionalidad: 46 peruanos, 27 colombianos, 20 ecuatorianos, 14 bolivianos, 11 dominicanos y 2 haitianos.</p> <p>Años viviendo en Chile: 1-40, Promedio: 5,93 años</p>

Los participantes fueron contactados a través de informantes clave y vía bola de nieve. Todas las entrevistas fueron grabadas (audio) y transcritas, identificando en ellas los principales códigos presentes, organizados mediante el Modelo de Determinantes Sociales de Salud. Para su análisis se utilizó el software N-vivo 10. El trabajo de campo se realizó entre enero y diciembre del 2015. Las confirmaciones se realizaron entre enero y mayo de 2016.

4. Brechas de control prenatal y de nacimiento entre niños migrantes y chilenos

4.1. Perfil sociodemográfico de las mujeres usuarias del programa Chile Crece en Recoleta durante el año 2012

De las mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo (ChCC), de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, el 20,4% (n=260) correspondió a mujeres migrantes internacionales, las cuales en su amplia mayoría eran provenientes del Perú (Tabla 2).

El promedio de edad es levemente mayor en mujeres inmigrantes que en chilenas (inmigrantes: 27 años vs chilenas: 26 años), el embarazo más joven registrado en inmigrantes corresponde a una mujer de 16 años y mientras que en chilenas a una de 13 años (Tabla 3). Asimismo, de las mujeres chilenas asistentes al programa el 20,1% (203 casos) correspondía a menores de 19 años, cifra que aproximadamente dobla al porcentaje de mujeres inmigrantes en la misma situación (10,8% del total de inmigrantes equivalentes a 28 casos).

Respecto a estado civil y escolaridad, las inmigrantes se encuentran en mayor proporción casadas o convivientes en comparación con las chilenas. A su vez, auto-reportan mayor proporción de mujeres con niveles de escolaridad secundaria o superior que las chilenas (Tabla 3). En términos porcentuales, en cuanto a características socio-demográficas no se observan grandes diferencias entre chilenas e inmigrantes (en ningún caso dichas diferencias superan los 10 puntos porcentuales), a excepción de la previsión de salud. Destaca el alto porcentaje de mujeres inmigrantes sin previsión de salud, las cuales alcanzan a un 28,8% del total de las inmigrantes de la muestra. Este alto porcentaje resalta aún más cuando se compara con la realidad de las chilenas, quienes presentan un 98,5% de cobertura por el sistema público de salud (FONASA) y tan solo un 0,8% sin previsión de salud (Tabla 3).

Tabla 2

País de origen de las mujeres embarazadas migrantes internacionales que se atendieron en alguno de los 4 CESFAM de la comuna de Recoleta, en el año 2012.

País de origen	Frecuencia	Porcentaje (%)
Argentina	6	2,3
Bolivia	8	3,1
Colombia	12	4,6
Ecuador	5	1,9
Haití	8	3,1
Perú	210	80,8
República Dominicana	7	2,7
Otros	4	1,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa ChCC de los 4 CESFAM de Recoleta 2012

Tabla 3

Características sociodemográficas de las mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de 4 CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.

	Chilena		Inmigrante		Total	
Edad						
Media (sd)	26(sd:6,7)		27(sd:6,0)		26(sd:6,5)	
Mín./Máx.	13 / 48		16 / 43		13 / 48	
Mediana	25		26		25	
Escolaridad						
Primaria	134	(13,2%)	10	(3,8%)	144	(11,3%)
Secundaria	704	(69,6%)	195	(75,0%)	899	(70,7%)
Superior	171	(16,9%)	54	(20,8%)	225	(17,7%)
Sin Escolaridad	3	(0,3%)	1	(0,4%)	4	(0,3%)
Estado civil						
Soltera	437	(43,2%)	80	(30,8%)	517	(40,6%)
Casada o Conviviente	554	(54,7%)	178	(68,4%)	732	(57,6%)
Separada o Divorciada o Viuda	13	(1,3%)	0	(0,0%)	13	(1,0%)
Sin información	8	(0,8%)	2	(0,8%)	10	(0,8%)
Número de hijos nacidos vivos						
0	426	(42,1%)	111	(42,7%)	537	(42,2%)
1	314	(31,0%)	80	(30,8%)	394	(31,0%)
2	170	(16,8%)	46	(17,7%)	216	(17,0%)
3	72	(7,1%)	13	(5,0%)	85	(6,7%)
4 o más	30	(3,0%)	10	(3,8%)	40	(3,1%)
Previsión de salud						
FONASA	997	(98,5%)	184	(70,8%)	1181	(92,8%)
ISAPRE	2	(0,2%)	0	(0,0%)	2	(0,2%)
Sin Previsión	8	(0,8%)	75	(28,8%)	83	(6,5%)
Otra	4	(0,4%)	1	(0,4%)	5	(0,4%)
Sin información	1	(0,1%)	0	(0,0%)	1	(0,1%)

*La escolaridad de las mujeres inmigrantes fue homologada a los niveles educacionales de Chile, según los años de escolaridad cursados en su país de origen (auto-reporte).

Fuente: elaboración propia a partir de datos del programa ChCC de los 4 CESFAM de Recoleta 2012

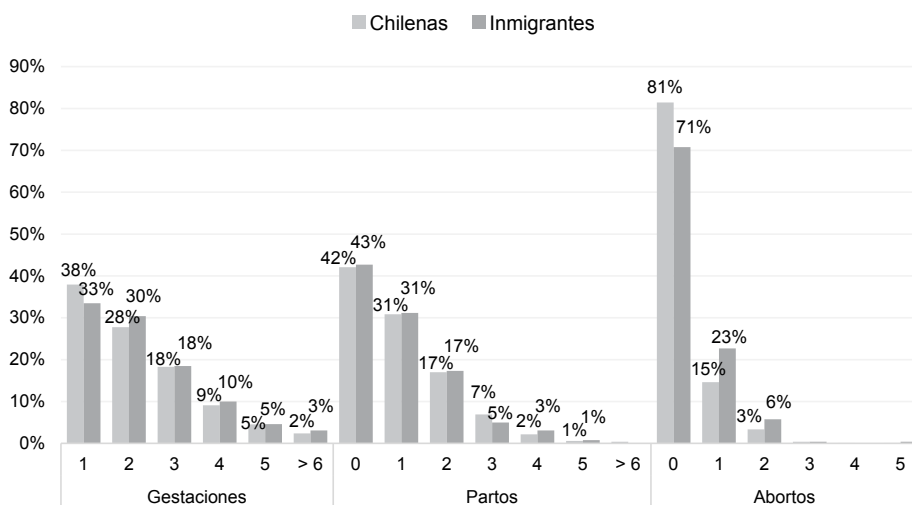
4.2. Perfil obstétrico de las mujeres usuarias del programa Chile Crece en Recoleta durante el año 2012

Tanto en chilenas como inmigrantes, para alrededor de un tercio de las mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo ese era su primer embarazo (chilenas: 38% vs inmigrantes: 34%). Así mismo para ambas poblaciones el 58% de las mujeres había tenido un embarazo terminado previo al actual (Múltiparas). El porcentaje restante (chilenas: 4% vs inmigrantes: 9%) corresponden a mujeres primíparas, es decir mujeres que habían tenido embarazos previamente pero estos no lograron llegar a término, el cual es mayor en inmigrantes.

En cuanto a antecedentes de gestación, paridad y abortos (G-P-A), se observa que la mayor diferencia entre chilenas e inmigrantes se da a nivel de abortos. El 29% (n=76) de las inmigrantes usuarias del programa en el año 2012 reportó haber tenido uno o más abortos a lo largo de su vida, mientras que en chilenas dicho porcentaje alcanza el 18% (n=188) (Figura 1). Es más, cuando se analizan la cantidad de abortos en relación a la cantidad de gestaciones a lo largo de la vida, la diferencia entre chilenas e inmigrantes se vuelve más evidente en desmedro de las segundas. En el caso de las inmigrantes el 100% de las mujeres que había tenido 6 o más gestaciones había tenido también al menos un aborto. Esto no ocurre en las chilenas, de las cuales solo el 71% de aquellas que tuvieron 6 o más gestaciones tuvo al menos un aborto. Esta situación solo se revierte en el caso de las mujeres que habían tenido 5 gestaciones, el cual caso el porcentaje de mujeres que no había tenido ningún aborto fue mayor en inmigrantes (58%) que en chilenas (63%) (Figura 1).

Figura 1

Antecedente Gineco-Obstétrico de las mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.



* Las gestaciones no consideran el embarazo actual de la mujer.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa ChCC de los 4 CESFAM de Recoleta 2012

4.3. Factores de riesgo para el desarrollo y término del embarazo de las mujeres usuarias del programa Chile Crece en Recoleta durante el año 2012

Cuando se considera que un embarazo puede ser de alto riesgo este se deriva a COPAR. En relación a la condición migratoria, se observó que el 41,2% (n=107) de los embarazos en inmigrantes de la muestra fueron derivadas a COPAR, por su contraparte el 43,4% (n=439) de los embarazos en chilenas de la muestra fueron derivados.

Respecto a la presencia de morbilidades, las cuales puedan representar un riesgo para el embarazo, parecen ser las embarazadas inmigrantes las que presentan una mejor condición basal de salud, esto a excepción de la hipertensión arterial la que se presentó en mayor proporción en la población migrante internacional que en la local (Tabla 4). Es importante destacar que aquellas mujeres con diabetes mellitus o hipertensión arterial son siempre derivadas a COPAR.

Respecto al riesgo biopsicosocial, medido a través de la pauta abreviada de riesgo biopsicosocial del programa Chile Crece Contigo, son las inmigrantes quienes presentaron una mayor proporción de mujeres en riesgo (inmigrantes: 62,3% vs chilenas: 59,1%). Aunque en términos de severidad existe una mayor proporción de mujeres chilenas en riesgo severo que de inmigrantes en la misma situación (inmigrantes: 2,7% vs chilenas: 8,3%). Finalmente se observa un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes con síntomas depresivos que chilenas en la misma situación (Tabla 4).

Tabla 4

Presencia de factores de riesgo para el desarrollo o término del embarazo en mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.

	Chilena		Inmigrante		Total	
Derivación a COPAR						
Sí	439	(43,4%)	107	(41,2%)	544	(42,8%)
No	559	(55,4%)	152	(58,5%)	713	(56,1%)
Sin información	14	(1,4%)	1	(0,4%)	15	(1,2%)
Morbilidades						
HTA						
Sí	29	(2,9%)	10	(3,8%)	39	(3,1%)
No	981	(96,9%)	249	(95,8%)	1230	(96,7%)
Sin información	2	(0,2%)	1	(0,4%)	3	(0,2%)
Diabetes mellitus						
Sí	15	(1,5%)	0	(0,0%)	15	(1,2%)
No	995	(98,3%)	259	(99,6%)	1254	(98,6%)
Sin información	2	(0,2%)	1	(0,4%)	3	(0,2%)
Dislipidemias						
Sí	3	(0,3%)	0	(0,0%)	3	(0,2%)
No	1007	(99,5%)	259	(99,6%)	1266	(99,5%)
Sin información	2	(0,2%)	1	(0,4%)	3	(0,2%)
Otras enfermedades						
Sí	217	(21,4%)	40	(15,4%)	257	(20,2%)
No	793	(78,4%)	219	(84,2%)	1012	(79,6%)
Sin información	2	(0,2%)	1	(0,4%)	3	(0,2%)
Riesgo biopsicosocial						
Severo	84	(8,3%)	7	(2,7%)	91	(7,2%)
Moderado	153	(15,1%)	58	(22,3%)	211	(16,6%)
Leve	270	(26,7%)	97	(37,3%)	367	(28,9%)
Sin riesgo	505	(49,9%)	98	(37,7%)	603	(47,4%)
Síntomas depresivos						
Sí	301	(29,7%)	84	(32,3%)	385	(30,3%)
No	693	(68,5%)	169	(65,0%)	862	(67,8%)
Test no aplicado	10	(1,0%)	1	(0,4%)	11	(0,9%)
Sin información	8	(0,8%)	6	(2,3%)	14	(1,1%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa ChCC de los 4 CESFAM de Recoleta 2012

Se aprecia una diferencia de 5,2 puntos porcentuales entre mujeres locales e inmigrantes, en el porcentaje de mujeres que no planificaron su embarazo, siendo estas últimas las que presentan la mayor proporción de mujeres en esta situación (66,5%) (Tabla 5).

Incluso tras estratificar por si la mujer comenzó sus controles en el CESFAM, del cual se obtuvo el registro, o fue trasladada desde otro centro, son las embarazadas migrantes las que en mayor proporción tuvieron su primer control en el CESFAM del registro luego de las 14 semanas de gestación. Tanto para chilenas como inmigrantes, en aquellas que iniciaron sus controles en el CESFAM del cual se obtuvo el registro, más de la mitad de las embarazadas tuvo 7 o más controles, lo cual se considera un número adecuado de controles (Tabla 5).

Tabla 5

Uso de los controles del programa de salud de las mujeres embarazadas en usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.

	Total						Trasladadas desde otro centro						Controles en el CEFAM desde el inicio					
	Chilena		Inmigrante		Total		Chilena		Inmigrante		Total		Chilena		Inmigrante		Total	
Ingreso tardío (Mayor a 14 semanas)																		
Sí	338	(33,4%)	164	(63,1%)	502	(39,5%)	48	(90,6%)	21	(95,5%)	69	(92,0%)	290	(30,2%)	143	(60,1%)	433	(36,2%)
No	674	(66,6%)	96	(36,9%)	770	(60,5%)	5	(9,4%)	1	(4,5%)	6	(8,0%)	669	(69,8%)	95	(39,9%)	764	(63,8%)
Planificación del embarazo																		
No planificado	621	(61,4%)	173	(66,5%)	794	(62,4%)	31	(58,5%)	16	(72,7%)	47	(62,7%)	590	(61,5%)	157	(66,0%)	747	(62,4%)
Planificado	306	(30,2%)	81	(31,2%)	387	(30,4%)	16	(30,2%)	0	(0,0%)	22	(29,3%)	290	(30,2%)	75	(31,5%)	365	(30,5%)
Sin información	85	(8,4%)	6	(2,3%)	91	(7,2%)	6	(11,3%)	6	(27,3%)	6	(8,0%)	79	(8,2%)	6	(2,5%)	85	(7,1%)
Número de controles prenatales																		
1	77	(7,6%)	16	(6,2%)	93	(7,3%)	5	(9,4%)	1	(4,5%)	6	(8,0%)	72	(7,5%)	15	(6,3%)	87	(7,3%)
2	63	(6,2%)	12	(4,6%)	75	(5,9%)	10	(18,9%)	2	(9,1%)	12	(16,0%)	53	(5,5%)	10	(4,2%)	63	(5,3%)
3	55	(5,4%)	22	(8,5%)	77	(6,1%)	6	(11,3%)	4	(18,2%)	10	(13,3%)	49	(5,1%)	18	(7,6%)	67	(5,6%)
4	55	(5,4%)	14	(5,4%)	69	(5,4%)	1	(1,9%)	2	(9,1%)	3	(4,0%)	54	(5,6%)	12	(5,0%)	66	(5,5%)
5	74	(7,3%)	19	(7,3%)	93	(7,3%)	8	(15,1%)	2	(9,1%)	10	(13,3%)	66	(6,9%)	17	(7,1%)	83	(6,9%)
6	94	(9,3%)	27	(10,4%)	121	(9,5%)	2	(3,8%)	5	(22,7%)	7	(9,3%)	92	(9,6%)	22	(9,2%)	114	(9,5%)
7 o más	559	(55,3%)	144	(68,5%)	703	(55,2%)	16	(30,2%)	6	(27,2%)	22	(29,3%)	543	(56,6%)	138	(58,0%)	681	(56,9%)
Sin información	35	(3,5%)	6	(2,3%)	41	(3,2%)	5	(9,4%)	0	(0,0%)	5	(6,7%)	30	(3,1%)	6	(2,5%)	36	(3,0%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos del programa ChCC de los 4 CESFAM de Recoleta 2012

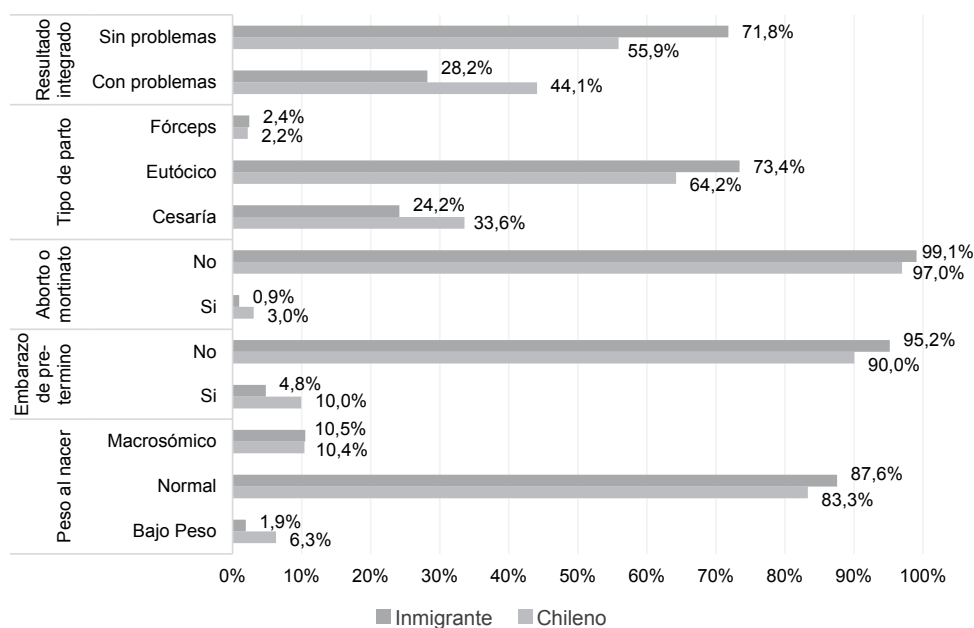
4.1. Resultado del embarazo en mujeres usuarias del programa Chile Crece en Recoleta durante el año 2012

Al final del embarazo un 4,3% del total de mujeres de la muestra habían sido trasladadas a otro centro y un 10,9% no asistió al control luego del parto, por lo cual para estas mujeres no fue posible obtener la información sobre cómo terminó su embarazo.

En inmigrantes se registraron un total de 3 abortos o mortinatos, del mismo modo se registraron un total de 30 abortos o mortinatos en chilenas. Tanto de manera global como estratificando por variables como derivación a COPAR, ingreso tardío a controles maternos y riesgo biopsicosocial, son las mujeres migrantes las que finalmente ostentan mejores resultados de parto, presentando menores proporciones de embarazos de pre término, recién nacidos con bajo peso al nacer y partos por cesárea a o fórceps (Figura 2).

Figura 2

Resultados de mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de los 4 CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.



* La variable resultado integrado indica si el RN presento o no: bajo peso al nacer o fue de pre-termino o nació por cesárea o fórceps o si termino en aborto o mortinato.

* No se consideraron aquellas mujeres "sin información" sobre el resultado del embarazo para el cálculo de los porcentajes.

* La no información se pudo producir por datos perdidos, inasistencia a controles, traslado a otro centro, o por aborto o mortinato según corresponda.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del programa ChCC de los 4 CESFAM de Recoleta 2012

5. Condiciones de vida, educación y salud de niños migrantes internacionales en Chile: la voz de padres, equipos de salud y autoridades

5.1. Desde los padres inmigrantes internacionales

Una de las principales problemáticas iniciales que relatan los migrantes internacionales al llegar al país radica en los sentimientos de tristeza al **dejar a sus hijos en el país de origen**, principalmente por razones económicas, con la intención de aportar a su desarrollo mediante el envío de remesas al país de origen.

... "Entonces las tres niñas que están en la universidad están allá. Así que nos dividimos, eso es duro sí... Claro que había veces en que yo me sentaba a pensar ¿no? Que los mejores años de vida de mis hijas y los míos... de compartir en familia... me los he perdido, me los estoy perdiendo". Entrevista Nro. 30, Mujer Inmigrante Peruana, Antofagasta.

Otro de los problemas detectados radica en la **vulnerabilidad económica** que reviste el embarazo, parto y crianza inicial para una mujer inmigrante internacional, especialmente aquella en situación irregular, secundario a las carencias económicas y las escasas redes de apoyo disponibles para el cuidado de los lactantes durante sus primeros días de vida.

... "no sé qué cambios ha habido ahora en salud porque el tema del parto por ejemplo, de repente se escucha ahora ¿qué hago?" yo digo, no es por el tema del documento ni nada, si no es que uno dice bueno quiero que nazca en Chile, estoy acá y dices bueno quiero que nazca acá, pero después te pones a pensar y dices "¿Cuánto me va a salir el parto?" encima que no tengo documentos, no me ha salido el carnet, y cuando fui a FONASA vi el papel que decía parto 1 millón y no sé cuánto!, después que por el hospital que son 300 "lucas" más o menos" ...Entrevista Nro. 56, Mujer inmigrante Boliviana, Calama

...“No, no me puedo inscribir, y por eso no puedo trabajar... o sea ni aunque yo quisiera!, yo puedo ir pagar mi multa y buscar quien me haga un contrato y ponerme a trabajar pero no puedo porque no tengo quien me cuide mi bebe, y si yo voy a pagar para que alguien me la cuide voy a trabajar para que me la cuiden, entonces no me conviene...” Entrevista Nro. 61, Mujer inmigrante Colombiana, Iquique.

Para aquellos padres que están con sus hijos en Chile, o han decidido traerlos, describen experiencias de **discriminación y barreras administrativas** que impiden una incorporación legítima en país y dificultan, consecuentemente, la incorporación de sus hijos a los colegios.

...“En mi país ella no existe, es complicado, para yo poderla registrarla allá en Colombia ella tiene que estar con los papeles acá...” Mujer Inmigrante Colombiana, Iquique.

...“los niños un rut provisorio pueden terminar el año escolar en diciembre pero no quedan registrado en ningún sistema oficial...la profesora o el profesor va a tener su libro de clases, pueden hacer un certificado interno etcétera, pero eh es complejo porque hasta hace muy poco tiempo a los niños no los dejaban pasar de curso... entonces habiendo aprobado el año tenían que repetir otra vez tercero básico... hoy les permiten pasar pero no hay ningún documento que lo pruebe” Mujer Migrante, Antofagasta.

...“Y él fue el que más sufrió porque los niños lo hacían a un lado...Entonces ahí decía: mami yo me quiero ir pa’ Colombia porque no tengo amiguitos, nadie quiere jugar conmigo... él era un niño... [...] me ponía a llorar con ellos...” Mujer Migrante, Antofagasta.

En una oportunidad eeh... Mi hija vino diciendo “mamá me dijeron ellos peruana, que aquí, que allá...” y ella sí nació en el Perú pero tiene la nacionalidad chilena y la profesora, la profesora no dijo nada... Entonces yo fui a hablar con la profesora. Le dije “profesora”, le llevé su DNI, su carnet “ella es peruana, sí. Pero también es chilena y entonces no puede diferenciar. Usted como profesora tiene que dar el ejemplo a los niños de explicarles cómo es el asunto para que no hayan estos malos entendidos y mi hija se sienta mal.” le dije”. Entrevista Nro. 39, Mujer Inmigrante Peruana, Arica.

“Estresándome, claro me estreso mucho, al ver que no me dan soluciones, a mi hija me la han discriminado aquí, yo he ido a la gobernación y me dicen que su hija nunca va a ser chilena ¡nunca! y yo pero porque si ella nació aquí y uno es de donde nace no, y pues yo ya voy a averiguar más porque yo no quiero que eso quede así, pero me dicen que averigüe que todo el mundo le va a decir lo mismo, y esas son cosas que me desaniman, no me dan ganas de seguir adelante con nada sino que me dan ganas de irme, muchas veces he intentado ver si me dan la orden de expulsión, pero no creo que me la den por ella, porque no está registrada bueno creo que me van a poner drama, y vamos a ver hasta donde se pueda”. Grupo Focal Inmigrantes, Iquique.

Otra de las dificultades que deben enfrentar los niños son las **precarias condiciones de habitabilidad** en la que residen sus padres, vinculadas a **hacinamiento**, lo que los expone, además, a situaciones que representan un riesgo para su salud. A lo anterior, se añade la limitada oferta de arriendos para familias inmigrantes con hijos.

“Lo que nos pasa no... Lo que me pasa a mí! Y yo sé que le pasa a muchos... y yo he vivido y convivido con ellos... Que cómo es posible! Si yo tengo niños! Y dicen se arrienda pieza pero sin niños, ¿dónde los boto? Los echo al río Mapocho y que desaparezcan?”. Entrevista Nro. 100, Hombre Inmigrante Peruano, Independencia.

5.1. Desde los equipos de salud primaria, trabajadores y directores de centros de salud y autoridades municipales

Existe un **interés y compromiso creciente** por parte de los equipos de salud y autoridades por mejorar la salud y las condiciones de vida de la población inmigrante internacional y sus familias, evidenciado en distintas iniciativas que se materializan a lo largo del país.

...“Con esos antecedentes, nos hemos puesto a trabajar y, y eso de la mano de lo que está haciendo todo el municipio, porque en el fondo, lo que hemos acordado con el alcalde, con toda la gente que trabajábamos acá, es que efectivamente tenemos un volumen de población inmigrante importante de la que tenemos que hacernos cargo...” Entrevista Nro. 6, Autoridad de Salud, Recoleta.

Dentro de los problemas identificados, destaca el reconocimiento de la **vulnerabilidad social** que enfrenta la población migrante internacional. Se describen **precarias condiciones de vivienda**, las que originarían diversos problemas de salud y se relacionarían, además, a escenarios de **violencia intrafamiliar**.

...“Si tú le preguntas a embarazadas con violencia intrafamiliar son 5 o 6 personas viviendo en una habitación...” Grupo Focal Trabajadores de Salud, Antofagasta.

...“los problemas de salud más relevantes de los niños son por ejemplo netamente los problemas respiratorios y los digestivos... las casas son muchas de material ligero, no son bien ventiladas, no todos tienen agua potable, las condiciones de vivienda la verdad es que van de la mano con estas enfermedades”. Autoridad Centro de Salud, Arica.

Otra de las dificultades reconocidas se vinculan al **acceso limitado a prestaciones hospitalarias**, barreras secundarias principalmente a la ausencia de pago por parte de la población inmigrante, especialmente aquella en situación irregular.

“... Nos hemos encontrado... en muchas ocasiones tenemos que hacerlo así... con el obstáculo de que el servicio público y puntualmente el Hospital XX limita o es muy respetuoso de los procedimientos y no atiende a personas que se encuentren en situaciones irregular, ahora también hay que entender de que eso no ocurre porque ellos quieran ser así, sino que ocurre porque se han encontrado en muchas ocasiones donde la persona que está irregular en nuestro país, va se atiende, pero no cumple con el pago de la prestación de salud... puntualmente ha ocurrido con embarazadas, personas que vienen desde Bolivia o Perú obviamente hacen una vida acá, y buscan que su hijo nazca en el Hospital xx. Entrevista Nro. 49, Autoridad, Calama.

Finalmente, se describe una importante tensión en los equipos de salud respecto a las atenciones que se brindan a la población inmigrante. Esto particularmente asociado a la **escasa disponibilidad de recursos** y el **limitado financiamiento**, lo que generaría una mayor presión sobre el sistema.

“...Eso, está porque hay... claro, o con los cupos de los jardines, en la sala cuna, hay hijos de extranjeros en la salas cunas y a veces nosotros tenemos niños que no tienen cupo de sala cuna...” Grupo Focal Trabajadores de Salud, Iquique.

“...Porque si yo te voy a decir que mi asociación es eso. De que las chiquillas se vienen a vivir acá, y casi todas se hacen una guagua. Entonces tú dices así como, que lata que tengan que hacerse una guagua para poder quedarse o tener algún otro derecho, que lata. Porque finalmente la idea de los bebés no es que nazcan por una necesidad, si no por una cosa deseada ¿cachay? Entonces, pero no me ha tocado ni siquiera atender ninguna extranjera que esté en esa situación. A mí por lo menos”. Entrevista Nro. 75, Autoridad, Maipú.

6. Conclusiones

6.1. Síntesis de principales resultados de este capítulo

Respecto de *nacer en Chile*, se utilizó información recolectada durante el año 2012 por 4 centros de salud familiar de la comuna de Recoleta (correspondiente al 100% de los CESFAM de esa comuna). Del análisis de estos datos, se observó que el 20,4% correspondió a mujeres migrantes internacionales, las cuales en su amplia mayoría eran provenientes del Perú. El promedio de edad es levemente mayor en mujeres inmigrantes que en chilenas (27 años inmigrantes vs 26 años chilenas). Inmigrantes embarazadas se encuentran en mayor proporción casadas o convivientes que las chilenas. A su vez, presentan mayor proporción de mujeres con niveles de escolaridad secundaria o superior que las chilenas. En inmigrantes destacó un alto porcentaje de mujeres sin previsión de salud las cuales alcanzan a un del total de las inmigrantes asistentes al programa (versus 99,1% de cobertura en mujeres embarazadas chilenas). El 29% de las inmigrantes usuarias del programa en el año 2012 reportó uno o más abortos a lo largo de su vida, mientras que en chilenas dicho porcentaje alcanza el 18%. El 41,2% de las embarazadas inmigrantes (107 casos) fueron derivadas a COPAR (porcentaje correspondiente a un 43,4% (439 casos) en mujeres chilenas). Mujeres inmigrantes presentaron una mayor proporción de Riesgo Biopsicosocial comparado a chilenas (62,3% inmigrantes vs 50,1% chilenas). Finalmente, en relación a la cantidad de controles a los que asisten las mujeres embarazadas, estos son similares entre chilenas e inmigrantes, a pesar de que son las mujeres inmigrantes quienes comienzan sus controles maternos en forma más tardía.

Sobre *crecer en Chile*, se recogieron percepciones y experiencias de inmigrantes, trabajadores de salud y autoridades municipales de las 8 comunas del país consideradas para el proyecto Fondecyt 11130042. Una de las principales problemáticas iniciales que relatan los migrantes internacionales al llegar al país radica en los sentimientos de tristeza al dejar a sus hijos en el país de origen. Otro de los problemas detectados radica en la vulnerabilidad económica que reviste el embarazo, parto y crianza inicial para una mujer inmigrante internacional, especialmente aquella en situación irregular. Padres que están con sus hijos en Chile describen experiencias de discriminación y barreras administrativas que impiden una incorporación legítima en país y dificultan, consecuentemente, la incorporación de sus hijos a los colegios. Otra de las dificultades que deben enfrentar los niños son las precarias condiciones de habitabilidad en la que residen sus padres, vinculadas a hacinamiento. Existe un interés y compromiso creciente por parte de los equipos de salud y autoridades por mejorar la salud y las condiciones de vida de la población inmigrante internacional y sus familias, evidenciado en distintas iniciativas que se materializan a lo largo del país.

6.2. Hallazgos en el contexto mundial y nacional

Los cimientos de casi todos los aspectos del desarrollo humano se establecen en la primera infancia y la niñez. En un contexto global complejo, la atención a la salud y el bienestar de la niñez han sido posicionados como indicadores clave del progreso en el desarrollo humano y económico, la igualdad y el resguardo de los derechos humanos de las naciones. El bienestar en la niñez es una medida de salud pública necesaria para monitorizar y prevenir los efectos en salud poblacional de desigualdades sociales innecesarias y prevenibles, promoviendo el acceso a las mismas oportunidades de desarrollar lo mejor de sí mismos a cada niño que nace.

Los niños y jóvenes migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, en particular si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas. Desafíos como la falta de acceso a atención médica y a servicios sociales, así como la exposición a barrios inseguros o a contaminantes son factores de riesgo conocidos para su salud. Además, el proceso de migración es una fuente de varios factores de estrés psicosocial. Ya sea forzosa o voluntaria, la migración implica separación de la familia y la cultura. Además, las condiciones de trabajo inseguras y otros desafíos sin las redes de apoyo y capital social habituales los exponen a mayor ansiedad y los desafía para la integración social. Estos factores de riesgo se traducen en resultados adversos para la salud de los niños migrantes internacionales.

Tal como fue mencionado en la sección introductoria, poco se sabe en la actualidad de las diferencias que pueden existir en la actualidad en la forma de nacer y crecer en Chile entre niños chilenos y migrantes internacionales. Sin embargo, ya es aceptado que la población migrante internacional tiene tasas de partos mucho más altas que la población local chilena. El capítulo de egresos hospitalarios de esta sección del libro detalla aún más este fenómeno ya instalado en Chile. Por otra parte, en algunos grupos migrantes vulnerables en Chile, tales como aquellos de menor nivel socioeconómico, la proporción de población infantil es mayor que en migrantes de clase alta, lo que también despierta una alarma sobre condiciones de vida de niños migrantes en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

El propósito de este capítulo fue dar a conocer brechas existentes en resultados de salud de la niñez entre población migrante internacional y chilena. La información disponible en este grupo es, en la actualidad, limitada. No obstante, a lo largo de este capítulo se realizaron algunos análisis exploratorios de dos fuentes de información específicas: (i) Datos cuantitativos de consulta prenatal recolectados de 4 centros de salud primarios de la comuna de Recoleta respecto de embarazo y resultados de parto en población migrante y local, y (ii) Datos cualitativos de 8 comunas de todo Chile respecto de bienestar en la niñez en general, en el marco del proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando Inteligencia en Salud Pública Primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos” (2013-2017).

Los hallazgos de este capítulo aportan con nuevo conocimiento a la situación nacional sobre el proceso migratorio internacional y su impacto en la forma de nacer y crecer en Chile. Si bien la información disponible es limitada, sin duda permite responder algunas preguntas y generar nuevas hipótesis de trabajo que puedan testearse a futuro. Se confirma por ejemplo, que inmigrantes embarazadas inician atención prenatal en forma más tardía que la población local, hecho que ha sido evidenciado en muchos países en el pasado. Se confirma la falta de acceso o previsión de salud de algunas mujeres embarazadas y que en general tienen mejores resultados de embarazo y parto que las mujeres chilenas. Surgen nuevas hipótesis sobre el impacto en salud mental de padres que dejan atrás a sus hijos en sus países de origen, las causas estructurales socio-culturales que podrían explicar que niños pequeños sean discriminados hoy en Chile, incluso en términos de su ingreso al sistema educacional, y las consecuencias de vivir en condiciones de precariedad y hacinamiento.

La evidencia científica válida es el punto de partida necesario para movilizar acciones humanas que promuevan el bienestar en la niñez. La evidencia sólida desencadena la urgencia de hacer algo cuando el problema ya es evidente. Atender las necesidades de los niños en nuestro país es una prioridad mundial y nacional, que no tiene excusa posible para ser ignorada. Como se indicó previamente, el mundo ha logrado enormes progresos para reducir la mortalidad infantil, para enviar a los niños y niñas a la escuela y sacar a millones de la pobreza. Muchas de las intervenciones que respaldan estos progresos han resultado prácticas y eficaces con respecto a su costo. En gran parte, los obstáculos para llegar a estos niños no son de naturaleza técnica, sino una cuestión vinculada con el compromiso político. Son una cuestión de recursos y también una cuestión de voluntad colectiva. En Chile se realizan de manera histórica y sobresaliente esfuerzos de salud pública en esta línea, pero sin duda debemos actualizar nuestras definiciones e indicadores de quienes son nuestra población infantil de interés, incluyendo la población migrante internacional que ha aumentado en los últimos años y de la cual aún sabemos muy poco.

7. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

Ya mencionábamos en la sección introductoria que la Convención de la ONU de 2005 sobre los Derechos del Niño exige que los niños deben ser la primera y principal prioridad de cualquier sociedad, con el fin de proteger sus años vitales y vulnerables de crecimiento de “*los errores, las desgracias y las vicisitudes del mundo de los adultos*” (8)(pág. 31). Su derecho a crecer con un nivel de recursos materiales suficientes para proteger su desarrollo físico y mental es un derecho fundamental. Como la presente Convención declaró: “*La garantía de este derecho no debe depender de si las economías están en crecimiento o recesión, o de si las tasas de interés están subiendo o bajando, o en si un determinado país está en el poder o una política en particular está de moda*” (8)(pág. 31).

En conciencia de esta convención, Chile se ha adscrito a los acuerdos internacionales en materia de derechos del niño, protección de personas migrantes internacionales, e interés en reducir brechas de desigualdad en salud como meta sanitaria de la década 2011-2020. Este capítulo entrega nueva evidencia acerca de cómo se está naciendo y creciendo en Chile, a partir de información recientemente generada en nuestro país. A partir de esta evidencia, se pueden establecer una serie de necesidades y sus consecuentes recomendaciones para Chile, que se listan brevemente a continuación y con mayor detalle en la Tabla 7.

Acerca de las necesidades específicas identificadas para población migrante internacional en este capítulo, destacan las siguientes:

1. En embarazadas inmigrantes destaca el alto porcentaje sin previsión de salud comparado con embarazadas chilenas.
2. El 41,2% de las embarazadas inmigrantes son derivadas a COPAR por riesgo obstétrico, versus 43,4% en mujeres chilenas.

3. Mujeres inmigrantes comienzan sus controles maternos en forma más tardía
4. Se reconoce la necesidad de fortalecer el vínculo entre el sistema de salud chileno y la comunidad femenina migrante internacional en Chile, de tal forma de incentivar el uso de servicios disponibles.
5. Mujeres inmigrantes presentaron una mayor proporción de Riesgo Biopsicosocial comparado a chilenas (62,3% inmigrantes vs 50,1% chilenas).
6. Existe la necesidad de incorporar un enfoque de salud en todas las políticas que permitan, desde los determinantes sociales de la salud, proteger la salud y bienestar de mujeres migrantes y niños y niñas migrantes en Chile.
7. Sentimientos de tristeza por parte de migrantes al dejar a sus hijos en el país de origen.
8. Discriminación y barreras administrativas que impiden una incorporación legítima en país y dificultan, consecuentemente, la incorporación de sus hijos a los colegios.
9. Precarias condiciones de habitabilidad en la que residen sus padres, vinculadas a hacinamiento.
10. Existe la clara necesidad de mejorar la evidencia disponible en la actualidad acerca nacimiento y niñez de migrantes internacionales en Chile, no solo de manera ocasional transversal sino que idealmente de manera rutinaria y con enfoque de curso de vida.

A partir de estas necesidades, se proponen las siguientes recomendaciones generales, que son luego detalladas como recomendaciones específicas en la Tabla 7:

1. A partir de los resultados presentados en este capítulo, surge la recomendación general de desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de mujeres inmigrantes embarazadas, en particular aquellas en situación legal irregular, con riesgo obstétrico o biopsicosocial y sin previsión de salud.
2. Se recomienda el diseño de intervenciones que consideren un enfoque de participación social de la comunidad femenina migrante internacional, en especial mujeres en edad reproductiva, y que acerquen el sistema de salud chileno a esta población.
3. Existe la oportunidad de incorporar desde el inicio de una política de salud migratoria en Chile el enfoque de salud en todas las políticas. Esto permitiría una mirada amplia de los factores que afectan la salud y bienestar subjetivos de las personas, no quedándose solamente en el nivel del sistema de salud sino también incorporando otras dimensiones esenciales de la vida como educación, trabajo, vivienda, transporte, entre otras. Esto es relevante a nivel nacional amplio, pero también a nivel internacional. Esto debería considerar, en la medida de lo posible, un plan estratégico de desarrollo a mediano y largo plazo.
4. Es urgente desarrollar más y mejor investigación en torno al proceso migratorio internacional y sus efectos en el proceso de embarazo, parto y niñez en Chile.

Tabla 7

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • En embarazadas inmigrantes destaca el alto porcentaje sin previsión de salud comparado con embarazadas chilenas • El 41,2% de las embarazadas inmigrantes son derivadas a COPAR por riesgo obstétrico, versus 43,4% en mujeres chilenas • Mujeres inmigrantes comienzan sus controles maternos en forma más tardía 	<p>A partir de los resultados presentados en este capítulo, surge la recomendación general de desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de mujeres inmigrantes embarazadas, en particular aquellas en situación legal irregular, con riesgo obstétrico o biopsicosocial y sin previsión de salud.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las estrategias de entrega de información y conocimiento acerca del sistema de salud chileno hacia población migrante femenina en edad reproductiva, en especial mujeres embarazadas que en la actualidad no pertenecen a ningún tipo de previsión. - Explicitar como meta sanitaria urgente el que una mayor proporción de mujeres inmigrantes embarazadas estén inscritos en el sistema de salud. - Desarrollar intervenciones concretas que favorezcan el inicio precoz del control prenatal por parte de migrantes embarazadas. - Incorporar facilitadores interculturales en los procesos de admisión, inscripción y/o atención, con especificidad de la migración internacional específica de cada realidad local, lo que a veces requerirá capacidad de traducción en lenguaje o costumbres de acuerdo al país de origen. Estas facilitadoras podrán ser administrativas o profesionales según sea el proceso a facilitar. - Releva el proceso de acompañamiento para la regularización, o la conexión para la atención en la Red Sanitaria.

<p>Dimensión: Comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se reconoce la necesidad de fortalecer el vínculo entre el sistema de salud chileno y la comunidad femenina migrante internacional en Chile, de tal forma de incentivar el uso de servicios disponibles. • Mujeres inmigrantes presentaron una mayor proporción de Riesgo Biopsicosocial comparado a chilenas (62,3% inmigrantes vs 50,1% chilenas). 	<p>Se recomienda el diseño de intervenciones que consideren un enfoque de participación social de la comunidad femenina migrante internacional, en especial mujeres en edad reproductiva, y que acerquen el sistema de salud chileno a esta población.</p> <p>Para ello, se proponen las siguientes recomendaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnósticos comunitarios de necesidades de acceso y uso de salud de población femenina migrante internacional, en especial mujeres en edad reproductiva y sus familias. - Incorporar a líderes comunitarios de población migrante internacional como parte de equipos de diseño o de investigación de nuevas intervenciones de atención de salud que se están planificando a nivel municipal de salud primaria. - Similar a lo anterior, incorporar a líderes comunitarios de población migrante internacional como parte de equipos de diseño o de investigación de nuevas intervenciones de atención de salud que se están planificando a nivel hospitalario. - Es urgente profundizar en la comprensión de cómo el riesgo biopsicosocial y la ausencia de previsión de salud está afectando la forma de nacer a segundas generaciones de migrantes en Chile. Esto incluye aspectos culturales, legales, económicos y políticas que aún no se han desarrollado con suficiencia en nuestro país. - Existe la oportunidad de promover estrategias de protección biopsicosocial de mujeres migrantes embarazadas a nivel comunitario. Clubes de madres, organizaciones municipales culturales y de inmigrantes, talleres de capacitación, entre otros, que hoy están disponibles en las comunas y sirven de buffer psicosocial (capital social y cohesión social) y muchas veces no incluyen a migrantes por desconocimiento o falta de difusión. - Es fundamental que toda intervención de base comunitaria tenga medición de resultados de interés antes y después de su ejecución, de tal forma de objetivar los verdaderos alcances de estas intervenciones que muchas veces son presentadas como "experiencias" y no como innovaciones o nuevas tecnologías susceptibles de ser evaluadas y ampliadas a otros escenarios similares si resultan exitosas.
---------------------------------	---	--

<p>Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe la necesidad de incorporar un enfoque de salud en todas las políticas que permitan, desde los determinantes sociales de la salud, proteger la salud y bienestar de mujeres migrantes y niños y niñas migrantes en Chile. • Sentimientos de tristeza por parte de migrantes al dejar a sus hijos en el país de origen. • Discriminación y barreras administrativas que impiden una incorporación legítima en país y dificultan, consecuentemente, la incorporación de sus hijos a los colegios. • Precarias condiciones de habitabilidad en la que residen sus padres, vinculadas a hacinamiento. 	<p>Existe la oportunidad de incorporar desde el inicio de una política de salud migratoria en Chile el enfoque de salud en todas las políticas. Esto permitiría una mirada amplia de los factores que afectan la salud y bienestar subjetivos de las personas, no quedándose solamente en el nivel del sistema de salud sino también incorporando otras dimensiones esenciales de la vida como educación, trabajo, vivienda, transporte, entre otras. Esto es relevante a nivel nacional amplio, pero también a nivel internacional. Esto debería considerar, en la medida de lo posible, un plan estratégico de desarrollo a mediano y largo plazo.</p> <p>Para ello, algunas recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una campaña de sensibilización y trabajo sostenido con el intersector en materia migratoria como prioridad nacional, en especial Ministerios de Hacienda, Desarrollo Social, Trabajo, Educación y Vivienda. - Abogar por la redacción de una política de salud migratoria inclusiva e intersectorial, con enfoque de salud en todas las políticas. Idealmente, debe surgir de un trabajo sostenido y detallado de diagnósticos de situación y que respondan a la actual “ventana de oportunidad política” dada la severidad del problema migratorio a nivel mundial y nacional. - Trabajar en forma estrecha en el desarrollo de una política nacional y estrategias de gobierno y extra gobierno con organizaciones internacionales preocupadas por la temática como la Organización Internacional para las Migraciones, IOM; la Organización Mundial de la Salud, OMS (OPS); UNICEF, FLACSO, entre otros. <p>Temáticas de Salud en Todas las Políticas prioritarias para nacer y crecer en Chile para migrantes internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivienda: reducir el número de hogares de migrantes internacionales (y chilenos) que viven en situación de hacinamiento. - Trabajo: reducir el número de migrantes sin contrato formal laboral, facilitar la entrega de visa una vez que la persona tiene trabajo y apoyar que este se vuelva formal al corto plazo, establecer sistemas de registro y monitoreo, así como de vigilancia permanente, de condiciones y riesgos laborales en personas migrantes con trabajo formal e informal. - Educación: generar diagnósticos nacionales de situación de niños escolares migrantes en Chile, comenzando por ejemplo por colegios con más del 20% de niños inscritos de origen extranjero, explorar estrategias que ya se han implementado a nivel escolar para reducir discriminación y bullying a niños migrantes, evaluar dichas intervenciones y buscar formas de extenderlas a nivel nacional. - Desarrollo social: vincular información recogida a nivel antenatal en el sistema de salud (hacinamiento, riesgo biospsicosocial, riesgo obstétrico, situación irregular, entre otros) con el Ministerio de Desarrollo Social de tal forma de dar continuidad, mejora y apoyo permanente a familias, mujeres y niños, que nacen y crecen en desventaja social en nuestro país, sin distinción de estatus migratorio y protegiendo a todo niño y madre por igual, fortaleciendo el Sistema de Protección Social Chile Crece Contigo. - Relaciones internacionales: Desarrollar una estrategia concreta y de largo aliento de acuerdos bi y multilaterales con países vecinos y otros que representan los de mayor frecuencia de ingreso de migrantes a Chile en la actualidad. Esto es de especial importancia para familias cuyos padres han dejado atrás a sus hijos en el país de origen, con los costos emocionales, educacionales y económicos que una decisión de esta envergadura conlleva para cada una de estas familias.
---	--	---

<p>Dimensión: investigación</p>	<p>Existe la clara necesidad de mejorar la evidencia disponible en la actualidad acerca nacimiento y niñez de migrantes internacionales en Chile, no solo de manera ocasional transversal sino que idealmente de manera rutinaria y con enfoque de curso de vida.</p>	<p>Es urgente desarrollar más y mejor investigación en torno al proceso migratorio internacional y sus efectos en el proceso de embarazo, parto y niñez en Chile.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el registro de atención de población migrante internacional femenina e infantil como práctica habitual del sistema de salud (formalizar en protocolos de atención la pregunta sobre país de origen y estatus migratorio a nivel primario y secundario). Esto serviría para generar evidencia en tiempo real sobre las principales brechas entre migrantes y chilenos que requieran de atención urgente en atención a los derechos humanos y a la meta de reducir inequidades en salud en nuestro país. - Abogar por el estudio del proceso de migración en sí mismo, como determinante crítico de la salud de las poblaciones migrantes y receptoras en Chile, la región y el mundo. - Se requiere de un enfoque de curso de vida en el estudio de la migración internacional, dado que la mayoría de los estudios apuntan al proceso migratorio cuando ya ocurrió (ex post) y no desde su inicio en el país de origen. - Falta investigar más y mejor acerca de la vida, proceso migratorio y resultados de salud de población migrante internacional en Chile, en especial mujeres y niños. Es necesario discutir y abogar a nivel social amplio y experto cuáles son los temas de salud pública prioritarios de investigarse en los próximos 10 años en Chile, incluyendo en tema migratorio en dicha discusión. - Grupos académicos y no gubernamentales interesados en la temática migratoria deberían apoyarse y trabajar en forma colaborativa para generar mejor evidencia científica, idealmente en forma trans-disciplinaria y con enfoque de investigación longitudinal.
-------------------------------------	---	---

8. Referencias

1. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. London: The Marmot Review; 2010.
2. Hajizadeh M, Nandi A, Heymann J. Social inequality in infant mortality: what explains variation across low and middle income countries? Soc Sci Med. 2014;101:36-46. Epub 2014/02/25.
3. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. Jama. 2009;301(21):2252-9. Epub 2009/06/06.
4. Organization WH. Definition of Health. Washington: WHO; 1948; Available from: www.who.org.
5. Primack BA. The WHO-5 Wellbeing Index performed the best in screening for depression in primary care. ACP J Club. 2003;139 (2):48.
6. Rough E, Goldblatt O, Marmot M, Nathanson V. Chapter 3: Inequalities in child health. In: Science BBo, editor. Growing up in the UK - Ensuring a healthy future for our children. London: BMA Board of Science; 2014.
7. Bradshaw J. Introduction. In: Bradshaw J, editor. The well-being of children in the UK. Bristol: Polity Press; 2011.
8. UNICEF. Child poverty in rich countries 2005. In: Card IR, editor. UNICEF Innocenti Research Centre. Florence: UNICEF; 2005.
9. Autor DH. Skills, education, and the rise of earnings inequality among the "other 99 percent". Science. 2014;344(6186):843-51. Epub 2014/05/24.
10. Chin G, Culotta E. The science of inequality. What the numbers tell us. Introduction. Science. 2014;344(6186):818-21. Epub 2014/05/24.
11. Ravallion M. Income inequality in the developing world. Science. 2014;344(6186):851-5. Epub 2014/05/24.
12. Bellamy N. The state of the world's children 2005. Childhood under threat. UNICEF [Internet]. 2004.
13. Aizer A, Currie J. The intergenerational transmission of inequality: maternal disadvantage and health at birth. Science. 2014;344(6186):856-61. Epub 2014/05/24.
14. Muntaner C, Rai N, Ng E, Chung H. Social class, politics, and the spirit level: why income inequality remains unexplained and unsolved. International journal of health services: planning, administration, evaluation. 2012;42(3):369-81. Epub 2012/09/22.
15. Wilkinson RG, Pickett KE. The Spirit Level, Why More Equal Societies Almost Always Do Better. United Kingdom: Penguin Books Ltd 2009.
16. Smythe S. Child and youth development and income inequality: a review of selected literature. Vancouver: 2007.
17. Ibekeke P, Ugboma H, Onyire N, Muoneke U. Perinatal Mortality in Southern Nigeria; less than half a decade to the Millennium Developmental Goals. Annals of medical and health sciences research. 2011;1(2):215-22. Epub 2011/07/01.
18. Health. Do. Implementation Plan for Reducing Health Inequalities in Infant Mortality: A Good Practice Guide. London: NHS; 2007.
19. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia: una oportunidad justa para cada niño. 2016.
20. Sadler M, Leiva G. Sección II Capítulo 1: Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. In: Cabiases B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editors. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016.
21. Herrera M. Mortalidad materna en el Mundo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003.
22. Koch E. Paciente OB crítica, módulo Uno, en Curso "Manejo de la paciente obstétrica crítica 2013.
23. ONU. Objetivos de desarrollo del Milenio. Guatemala 2000; Available from: www.onu.org.gt/contenido.php?ctg=1420-1340-los-8-objetivos.
24. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero C, Aguilera H, et al. Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile

from 1957 to 2007/2012. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613>.

25. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*. 2013;29(10):1151-7.
26. OECD. *Health at a Glance. Development OfEC-0a*, editor2013.
27. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. In: OMS OmdIS, editor. Suiza2015. p. 1-8.
28. Murray SF, Serani Pradenas F. Cesarean birth trends in Chile, 1986 to 1994. *Birth*. 1997;24(4):258-63.
29. Murray S. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*. 2000;321.
30. Martínez D, Fariás A, Vergara N, Vega P. Sección II, Capítulo 3: Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud durante la infancia preescolar y escolar. In: Cabiases B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editors. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016.
31. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley; 2006. p. 740-95.
32. Chambers R. *Rural development: putting the last first*. 1st ed. Londres: Longman; 1983.
33. U. D. *Trends in international migration 2015*. 2015.
34. UNICEF. *International Migrant Children and Adolescents*. 2012.
35. UNITAR. *Migration and Youth: Overcoming Health Challenges*. New York: 2011.
36. IOM. *World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility*. Geneva: 2015.
37. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-82. Epub 2011/08/13.
38. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):250-65. Epub 2011/08/13.
39. Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrimentos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and child health journal*. 2013;17(8):1346-54.
40. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88(2):134-48. Epub 2008/12/20.
41. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *International journal of public health*. 2012;57(4):659-71. Epub 2012/06/16.
42. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, Alexander S, Blondel B, Buitendijk S, et al. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2009;69(6):934-46. Epub 2009/08/12.
43. Jaeger FN, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective—improving hospital care for migrant children. *BMC health services research*. 2013;13:389. Epub 2013/10/08.
44. Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzoni VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *European journal of public health*. 2014;24 Suppl 1:40-6. Epub 2014/08/12.
45. Gualdi-Russo E, Toselli S, Masotti S, Marzouk D, Sundquist K, Sundquist J. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *European journal of public health*. 2014;24 Suppl 1:16-25. Epub 2014/08/12.
46. Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, Sundquist J, Sundquist K. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. *European journal of public health*. 2014;24 Suppl 1:26-30. Epub 2014/08/12.
47. Stevens GW, Vollebergh WA. Mental health in migrant children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008;49(3):276-94. Epub 2007/12/18.
48. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C. Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review. *Maternal and child health journal*. 2013;17(5):816-36.
49. Rivera B, Casal B, Currais L. [Health status and health services' utilization among immigrant children]. *Gaceta sanitaria / SESPAS*. 2009;23 Suppl 1:53-6. Epub 2009/11/26. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes.
50. Guendelman S, Wynn R, Tsai YW. Children of working poor families in California: the effects of insurance status on access and utilization of primary health care. *Journal of health & social policy*. 2002;14(4):1-20. Epub 2002/09/11.
51. Guendelman S, Schaufli H, Samuels S. Differential access and utilization of health services by immigrant and native-born children in working poor families in California. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2002;13(1):12-23. Epub 2002/02/12.
52. Reidy MF. Health services for immigrant children: opportunities under Title XXI. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2000;11(3):276-83. Epub 2000/08/10.
53. Gulati S, Watt L, Shaw N, Sung L, Poureslami IM, Klaassen R, et al. Communication and language challenges experienced by Chinese and South Asian immigrant parents of children with cancer in Canada: implications for health services delivery. *Pediatric blood & cancer*. 2012;58(4):572-8. Epub 2011/03/04.
54. Sime D. 'I think that Polish doctors are better': newly arrived migrant children and their parents' experiences and views of health services in Scotland. *Health & place*. 2014;30:86-93. Epub 2014/09/23.
55. Ministerio de Salud de Chile. *Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile. . 2003.
56. Chilean Ministry of Health. *Metas 2011 - 2020. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. 2012 [cited 2014 May, 2014]; Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>.
57. Ministerio de Desarrollo Social. *Chile Crece Contigo*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, 2008.
58. Observatorio Niñez y Adolescencia. *Infancia Cuenta en Chile 2014. Segundo Informe*. Santiago: Observatorio Niñez y Adolescencia., 2014.
59. Dolto F. *La causa de los niños*. Barcelona: Paidós Iberica; 1994.
60. Cabiases B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabiases Bea, editor. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile*. Santiago: UDD; 2016.
61. Cabiases B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health*. 2012;12:1013. Epub 2012/11/23.
62. Cabiases B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012;11:68. Epub 2012/11/20.
63. Cabiases B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.

9. Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro de red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.

Email: bcabieses@udd.cl

Marcela Oyarte, MSc(c)

Estadístico y Msc(c) en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: desigualdad social en salud, migración y salud.

Email: mdoyarte@uc.cl

Macarena Chepo, MSc(c)

Enfermera, Post título Salud Familiar y Comunitaria, Msc(c) en Salud Pública de la Universidad de Chile. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carrera Enfermería. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: migración y salud, automanejo de enfermedades crónicas.

Email: mchepe@udd.cl

Patricia Bustos, MSc(c)

Kinesióloga, se ha desempeñado en labor clínica, de gestión y liderado equipos de trabajo en atención primaria en Consultorios y Centros de Salud Familiar en la región de Magallanes y Metropolitana. Ha trabajado en el sector público y privado en áreas de traumatología y rehabilitación. Es docente de pregrado en asignaturas de Atención Primaria de Salud, Salud Pública y Salud Ocupacional en diversas carreras de la salud. Actualmente es Asesora en el Departamento de Modelo de Salud Familiar y Promoción de la Salud en la Subdirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Email: patricia.bustosc@redsalud.gov.cl

María Eugenia Chadwick, MD, Especialista en Salud Pública

Médico, Especialidad en Salud Pública, habilitada por SSMS. Se ha desempeñado en Atención Primaria, Salud Ocupacional y en Áreas de Gestión en Servicios de Salud, como Directora y Subdirectora Médica de Servicios de Salud Metropolitano Norte y Central. Actualmente es Directora de Salud Comunal en Municipalidad de Recoleta.

E-mail: mchadwick@recoleta.cl

247

10. Agradecimientos

A la Ilustre Municipalidad de Recoleta por facilitar el contacto con directores de los 4 centros de salud primarios incluidos en la sección cuantitativa de este capítulo, a cada uno de dichos directores de salud primaria y a todos quienes participaron en la preparación y entrega del material anónimo de consultas prenatales existentes en dichas instituciones.

La información cuantitativa presentada en este capítulo, de los 4 CESFAM de administración municipal de la comuna de Recoleta, es parte de la tesis de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, por parte de la Srta. Patricia Bustos Acosta, a presentarse a comisión de tesis en segundo semestre del 2016. Este material fue cedido por ella, revisado y aprobado antes de ser publicado en este libro.

Al equipo de investigación y a todos quienes participaron en la fase cualitativa del proyecto Fondecyt 11130042, por medio de entrevistas individuales o grupos focales. Este estudio es parte del Programa de Estudios Sociales en Salud de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.



INFORMACIONES

CESFAM

CENTRO SUR

Capítulo 13

Innovaciones centrales y locales para la atención de salud a migrantes internacionales en Chile

ATENCIÓN
VIERNES 05 DICIEMBRE
SECTOR VERDE
SOLO ATENDERÁ HASTA
LAS 11:15 HORAS

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Margarita Bernales, PhD

Profesora Asistente, investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Macarena Chepo, MSc(c)

Profesora Asistente, investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Dra. María Teresa Escobar, MSc(c)

Directora de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago

Paz Bersano, MSc

Coordinadora Programa Inmigrantes, Dirección de Salud Ilustre Municipalidad de Santiago

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014.
- Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias.
- En Chile según datos de la encuesta CASEN 2011, el 14% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional.
- Respecto al acceso de la población inmigrante a las prestaciones AUGE/GES, la CASEN 2013 da cuenta de un 8% menos que nacidos en Chile.
- Para abordar estas brechas, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incorpora como meta de los objetivos para el decenio, el mejoramiento del acceso a la salud de las personas migrantes.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Se dan a conocer dos innovaciones en atención de salud a migrantes internacionales en Chile.
- La primera innovación es de nivel central, del Ministerio de Salud (*Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes*).
- La segunda innovación es de nivel local, en la comuna de Santiago (*Plan de Atención Inicial a Migrantes*).
- Si bien estas innovaciones no dan cuenta de los vastos esfuerzos que hoy se realizan para proteger y mejorar las condiciones de vida y salud de migrantes internacionales en nuestro país, en especial a nivel municipal y comunitario, ciertamente permiten reflexionar acerca de la dirección y desafíos pendientes de este tipo de iniciativas.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Existe la oportunidad de desarrollar en la actualidad en Chile innovaciones en salud que reduzcan en el corto plazo las brechas de desigualdad existentes entre población migrante y local.
- Existe la urgente necesidad de desarrollar una política nacional de salud de migrantes internacionales, idealmente intersectorial, transversal y con un riguroso diseño de implementación y evaluación.

d) **Palabras clave:** salud, migrantes internacionales, innovaciones en salud, tecnologías sanitarias, traslación del conocimiento.

2. Antecedentes

2.1. Resultados de salud y uso de servicios de salud por parte de migrantes internacionales

La migración internacional en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando al 2,7% de la población total en el año 2014. Tal y como se ha señalado en algunos capítulos de este libro y en otros documentos recientes (1), existen varias razones que podrían justificar que algunos grupos migrantes internacionales en Chile sean vulnerables: (i) los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo; (ii) existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular; (iii) muchos migrantes realizan remesas de sus ingresos en Chile; (iv) la evidencia internacional y nacional propone que los inmigrantes experimentan distintos grados de vulnerabilidad por la experiencia migratoria en sí misma y por condiciones de vida en el país receptor (2).

Inmigrantes en Chile auto-reportan, en promedio, mejores resultados de salud que la población local, posiblemente por un proceso de selección natural y por la edad de quienes migran (la mayoría adultos jóvenes) (3). No obstante, el efecto del “migrante sano” desaparece en grupos con nivel socioeconómico bajo y en quienes han residido por más de 10 años en Chile. Además, según datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud.

El país posee pocos datos estadísticos oficiales en relación a la prevalencia de enfermedades o condiciones de salud de los inmigrantes (4). Algunos estudios más recientes que abordan temas de salud y migración en Latinoamérica y Chile son los de Cabieses (2, 3, 5-9), Agar (10, 11), Vásquez de Kartzow (12, 13), la consultora Demoscópica (14), Fundación Instituto de la Mujer (15), la Organización Internacional de Migración (OIM) en Chile (16), Alvarado (17), la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile (18) y Yáñez y Cárdenas (19). Estos estudios, en su mayoría, reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile (los inmigrantes en promedio auto-reportan menos problemas de salud que la población local chilena), pero destaca la existencia de subgrupos de inmigrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Inmigrantes con bajo nivel socioeconómico reportan peores resultados de salud que los demás grupos migrantes y muy similar a los resultados de la población local en Chile, pese a ser, en promedio, más jóvenes que los chilenos (8, 9). No obstante este patrón general, hay estudios que evidencian las pobres condiciones de vida y su relación con problemas de salud mental en grupos específicos de migrantes internacionales en Chile, como lo es el caso de peruanos en el centro de Santiago (20).

Respecto del acceso y uso de servicios de salud, la evidencia internacional señala que el comportamiento y la utilización por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que pueden llegar a utilizarlos de manera similar a la población local luego de algunos años. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular (21, 22). En Chile según datos de la encuesta CASEN 2011, el 14% del total de personas nacidas en el extranjero no pertenecen a ningún sistema previsional, de este porcentaje el mayor grupo corresponde al colombiano con un 30% del total que dice no pertenecer a ningún sistema previsional de salud, seguido por el boliviano (19%), ecuatoriano (13%) y peruano (12%).

Datos actualizados de la CASEN 2013 alrededor del 8% de la población inmigrante reportó no pertenecer a ningún sistema previsional de salud. Es importante clarificar que los migrantes en situación migratoria regular, en términos de derechos y deberes, funcionan igual que los connacionales. El grupo con mayor dificultad de acceso a salud en Chile es el que se encuentra en situación irregular, de acuerdo a un estudio realizado el año 2004 por Corporación Colectivo Sin Fronteras (4). Esto se revierte desde junio 2016 donde por Decreto Nro. 67 personas e situación irregular se consideran como “carentes de recursos” y pueden acceder a Fonasa A. Más aún, respecto al acceso de la población inmigrante a las prestaciones AUGE/GES, la CASEN 2013 da cuenta de un 8% menos de acceso que nacidos en Chile. Para abordar estas brechas, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incorpora como meta de los objetivos para el decenio, el mejoramiento del acceso a la salud de las personas migrantes (23).

Si bien existen garantías en Chile de acceso a cuidado prenatal y de infancia hasta los 18 años por parte de migrantes internacionales independiente de su estatus legal (circular A15 N°6), se han reportado diferencias en acceso y trato entre regiones y comunas del país que requieren de un abordaje más integral y sostenido. Se ha descrito además en resoluciones exentas del Ministerio de Salud (2014) que existe dificultad para informar a la población migrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de salud, esto es probablemente aún más difícil en población migrante en situación irregular. Aspectos como el trato y sentirse discriminados desde el personal de salud ha sido reportado por mujeres embarazadas peruanas en atención primaria en nuestro país (4).

Datos de egresos hospitalarios en Chile del año 2012 indican que las principales causas de egreso en migrantes internacionales en general en Chile serían parto (48%), causas externas (9%), tumores (8%) y sistema digestivo (8%). La mayoría de las tasas de egreso se concentran en edad reproductiva y en mayores de 60 años de edad. De acuerdo a la revisión sistemática de Almeida et al el año 2013, las mujeres representan un grupo vulnerable, especialmente las mujeres inmigrantes durante el periodo de embarazo (24). La evidencia internacional propone diversas razones que dan cuenta de la especial vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes embarazadas. Entre estas destaca: (i) el menor acceso a los cuidados prenatales en mujeres inmigrantes en situación irregular (25), (ii) acceso tardío a los controles del programa de salud sexual (26), (iii) dificultades de acceso a programas de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos (25), (iv) mayor riesgo de depresión postparto (27) y (v) riesgo de enfermedades asociadas al embarazo (28). Respecto de los países de origen de migrantes internacionales con algún egreso hospitalario el 2012, destacan los de Perú y Bolivia (4).

2.2. El desafío de una política de salud migratoria en Chile

La migración internacional ha recibido atención a nivel comunitario, social y gubernamental en los últimos años en Chile. Existen diversos enfoques y posibles metodologías para enfrentar la elaboración de una política pública, incluyendo una política de salud. Dichas perspectivas en general se resumen en dos: (i) políticas que surgen desde el nivel de autoridad central y bajan a la comunidad (top-down approach) y (ii) políticas que surgen a través de movimientos sociales de base comunitaria y suben al nivel central (bottom-up approach). También existe una tercera alternativa que es la combinación de ambas, pero habitualmente algún polo comienza primero la abogacía por la política de interés y luego se suma el otro polo de desarrollo. El desarrollo de la reformulación actual de la política migratoria en Chile responde históricamente al segundo caso; siendo el trabajo de organizaciones locales tanto civiles como comunitarias las que han trabajado esta temática por décadas y han abogado por su atención. La ley de extranjería vigente en Chile data de 1975 y está obsoleta para la realidad nacional actual. Hoy en día, sin duda que el reciente incremento de personas migrantes en Chile ha capturado la atención del nivel central y con ello surgió un trabajo mixto que ha desembocado en los avances de los últimos años y la reciente propuesta de ley de migración para Chile liderada por el DEM y actualmente en discusión.

En este momento no existe en Chile una política de salud específica para migrantes internacionales. Esto es sin duda una deuda social del país a los cientos de miles de extranjeros que deciden llegar a Chile y que ocupan una importante proporción de la fuerza de trabajo y productividad económica de nuestra nación. Mientras en este momento se debate a nivel político la nueva política general migratoria de Chile, también se pueden dar a conocer algunas de las múltiples innovaciones en atención directa de salud a migrantes internacionales. En este capítulo hemos seleccionado dos innovaciones, una de nivel central del Ministerio de Salud y otra de nivel local en colaboración entre la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago y el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo.

3. Propósito

El propósito de este capítulo es dar a conocer dos innovaciones en atención de salud a migrantes internacionales en Chile. Se seleccionaron dos innovaciones, una de nivel central del Ministerio de Salud (*Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes*) y otra de nivel local en colaboración entre la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago y el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo (*Plan de Atención Inicial a Migrantes*). Si bien estas innovaciones no dan cuenta de los vastos esfuerzos que hoy se realizan para proteger y mejorar las condiciones de vida y salud de migrantes internacionales en nuestro país, en especial a nivel municipal y comunitario, ciertamente permiten reflexionar acerca de la dirección y desafíos pendientes de este tipo de iniciativas.

4. Innovación central: Plan Piloto de Salud de Inmigrantes, Ministerio de Salud

4.1. Descripción del contexto en el cual se inicia este programa

Desde un punto de vista institucional, el Ministerio de Salud (MINSAL) priorizó el tema de migración y salud el año 2008, constituyendo el Grupo Asesor en Salud de Inmigrantes y Refugiados del Ministerio de Salud (SIR), trabajo que se discontinuó por algunos años y se reinició el 2013. Dentro de sus funciones estaba coordinar al sector, investigar, asesorar, proponer normativas y cursos de acción, difundir normativas y estudios, por nombrar las más relevantes (29). El Cuadro 1 da cuenta de la normativa vigente al 2015 en Chile en la temática migratoria como sostén legal y ejecutivo al diseño e implementación de este plan piloto nacional.

Desde el 2013, el Ministerio de Salud de Chile ha organizado su trabajo en mesas temáticas específicas que generan insumos para el desarrollo de la política. Las 4 mesas temáticas específicas son:

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

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

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

Cuadro 1

Normativa vigente relevante para la implementación del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes.

Normativa General de Migraciones

1. Decreto Ley N°1094 de 1975; Ley de Extranjería.
2. Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990), ratificada por Chile el 2005.
3. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la Trata de Personas, ratificado por Chile el 2004.
4. Decreto Supremo N° 2821, Crea Mesa Intersectorial Sobre Trata de Personas (2008).
5. Instructivo Presidencial N° 9 sobre Política Nacional Migratoria (2008).
6. Ley N° 20.403, Establece disposiciones sobre protección de refugiados (2010).
7. Ley N° 20.507, Tipifica los delitos de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas y establece normas para su prevención y más efectiva persecución (2011).

Normativa Vigente del Sector Salud sobre Inmigrantes y Extranjeros

1. Todos los inmigrantes o extranjeros que se encuentre en situación migratoria regular, y por lo tanto cuenten con documentación, tienen garantizado el acceso a los derechos en salud en iguales condiciones que la población nacional.
2. Circular A15 N° 06 del 9 de Junio de 2015, Atención de Salud de Personas Inmigrantes. Esta circular reemplaza al Ordinario N° 3229 del 11 de junio de 2008 para aquellos casos de inmigrantes en situación irregular e indocumentados.
3. Ley Antidiscriminación N° 20.609 y Ley Sobre Deberes y Derechos N° 20.584 (2012).
4. Ley N° 18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud (2004).
5. Decreto Exento N° 6410 del 1 de Diciembre 2014, Aprueba Convenio de Colaboración entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Fondo Nacional de Salud. Este convenio permite que los inmigrantes residentes en Chile accedan a la atención de salud mientras completan sus trámites de inmigración.
6. Resolución Exenta N° 3972 del 16 de Junio 2007, Aprueba Convenio de Colaboración Técnica entre Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Fondo Nacional de Salud. Refugiados. A través de este convenio se especifica, que los extranjeros cuya solicitud de refugio se encuentra en trámite, tendrán derecho a la calidad de beneficiarios del Régimen de prestaciones de FONASA, siempre que cumplan los requisitos exigibles a los chilenos.
7. Todos los inmigrantes en situación irregular serán categorizados como Tramo A indigentes o "carentes de recursos" en FONASA, lo que les permite acceso a salud pública nacional (Circular A15 N° 4 de del 13 de junio del 2016, Decreto 67).

4.2. Propósito y desafíos que enfrenta este programa

De acuerdo a lo indicado en el documento de orientaciones técnicas (29), el Piloto de Salud de Inmigrante, corresponde a un conjunto de acciones articuladas del sector salud, que se traducen en un plan de acción que permite cumplir con el objetivo de disminuir las barreras de acceso a salud y atención de salud de los inmigrantes. Según se propone, en este marco la evaluación del piloto permitirá construir en conjunto la futura Política de Salud de Inmigrantes.

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

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

4.3. Pilares conceptuales del plan nacional

El plan piloto de salud de inmigrantes se basa en cuatro pilares conceptuales, que se describen a continuación (29):

- **Enfoque de derechos humanos:** según el programa piloto de salud de inmigrantes el desarrollo de la Política de Salud de Inmigrantes se enmarca conceptualmente en el Enfoque de Derechos Humanos, entendiendo a los inmigrantes como sujetos de derechos y al Estado como sujeto de obligación. Esta orientación está presente en el Instructivo Presidencial N° 9 de 2008 sobre Política Nacional Migratoria en Chile, que sienta las bases de la política migratoria. En dicho documento se expresa la voluntad de tratar la migración desde el enfoque de derechos humanos y facilitar el proceso de inserción social y económica de los inmigrantes en nuestro país.
- **Enfoque de participación:** es fundamental incorporar a la sociedad civil y a los mismos inmigrantes en este proceso, fortaleciendo la cohesión y a través de procesos participativos, como también las consideraciones culturales respecto a la atención de salud.
- **Enfoque de determinación social de la salud:** Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud (30). La situación migratoria en general y particularmente la irregular, se considera un determinante relevante de la salud. La población migrante está expuesta a una situación de mayor vulnerabilidad, como abusos en materia de derechos laborales, discriminación, tienen menor acceso a la educación y a la vivienda, etc. Es importante hacer notar que existen excepciones a este fenómeno, situaciones ocasionales en las cuales la gradiente social en salud (a menor posición social mayor vulnerabilidad y peor salud) no se observa. No obstante, en términos generales el documento propone entender la equidad en salud en las siguientes tres dimensiones:
 1. *Equidad en Salud:* El sector salud debe velar porque todas las personas alcancen su potencial de salud. Toda diferencia en éste ámbito entre la población o territorios que sea innecesaria y evitable, se constituye en una situación injusta, por lo que se constituye el mandato ético en salud (31).
 2. *Equidad de acceso de salud y de servicios de salud:* Se espera que todas las personas accedan a los servicios de salud y otros servicios sociales acordes a sus necesidades, y que esta oferta de servicios sea diferencial y organizada teniendo como centro a las personas y no a la oferta programática. Se debe cautelar el acceso a las oportunidades de alcanzar la plenitud de salud; esto implica, la coordinación de las acciones con otros sectores distintos de salud (31).
 3. *Equidad en sistemas de salud:* Todas las personas tengan acceso a atención de salud de acuerdo a sus necesidades e independiente de su capacidad de pago, estrato social, nivel educacional, entre otros (31).
- **Enfoque de interculturalidad en salud:** Se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, tendientes a la simetría, al respeto al otro y la diversidad cultural, y no como una forma de asimilación cultural. Esto incluye un espacio de negociación simbólica, pero no se reduce exclusivamente al ámbito cultural. Este enfoque debe primar a lo hora de desarrollar acciones en relación a un otro extranjero en este caso, que tienes sus propias particularidades, como un espacio de aprendizaje común (32).

4.4. Descripción del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes en Chile

El piloto correspondió a una respuesta articulada y específica del sector salud para la población inmigrante cuyo propósito es disminuir barreras de acceso a la salud, focalizada especialmente en aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad, considerando sus necesidades particulares, promoviendo el acceso a la salud y la calidad de la atención. Se definió que el piloto que se desarrollaría a nivel de Atención Primaria de Salud se ejecutaría en lo concreto en las ciudades de **Arica, Iquique, Antofagasta** y Santiago, en las comunas de **Recoleta y Santiago**.

En su ejecución operativa, las regiones debían constituir mesas regionales de trabajo, en las que participasen FONASA, Superintendencia de Salud, Servicios de Salud, Municipios y SEREMI (Secretaría Regional Ministerial) de Salud, además del intersector y representantes de la sociedad civil que trabajen en el tema (ONG, Organizaciones de Inmigrantes, Universidades, etc.). Podían conformarse al alero de mesas de inmigrantes ya existentes a nivel local o como nueva instancia; según cada realidad particular. La definición del liderazgo de estas mesas o sub mesas fue rol de la SEREMI de Salud. Estas mesas debían definir un plan de acción anual Julio 2015-Junio 2016, en base a las orientaciones de trabajo que se adjuntan, las que debían considerar el diagnóstico de salud de esta población e identificar los establecimientos de salud participantes. En las orientaciones específicas de información de salud se daban instrucciones sobre el diagnóstico de salud. La duración del Piloto debía ser de 12 meses, evaluando la posibilidad de extensión a un año más, dependiendo de la evaluación anual que se realice.

El **propósito de este piloto** fue contribuir a la disminución de inequidades en la situación de salud de los inmigrantes, con enfoque de derechos, mediante la formulación de una respuesta articulada y específica del sector salud para la población inmigrante, focalizada especialmente en aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad, considerando sus necesidades particulares, promoviendo el acceso a salud y la calidad de la atención. El **objetivo general** fue identificar las principales barreras de acceso a la salud y a los servicios de salud de la población inmigrantes, e intervenir en las barreras de acceso a los servicios de salud, entregando elementos y recomendaciones a ser consideradas en una propuesta de política pública en materia de salud de personas inmigrantes. Se plantearon los siguientes **objetivos específicos**:

1. Elaborar un diagnóstico de las barreras de acceso a la salud de la población inmigrante en las comunas del piloto.
2. Mejorar los diagnósticos de salud de esta población y definir sus necesidades.
3. Desarrollar un plan de acción que responda de la mejor forma a los diagnósticos; que permita reducir inequidades de acceso a los servicios de salud y abordar desde un enfoque intersectorial la realidad local de las personas inmigrantes.
4. Incluir en el plan de acción información sobre derechos y deberes en salud de la población inmigrante en general, a través de estrategias diversas que consideren su activa participación social en las instancias correspondientes.
5. Fortalecer en el territorio el trabajo sectorial, intersectorial y con participación de la ciudadanía, para abordar las inequidades en salud de la población inmigrante.

El Cuadro 2 da cuenta del diseño general del plan nacional piloto de salud de inmigrantes diseñado por el Ministerio de Salud en colaboración con otras entidades públicas del país.

Cuadro 2

Diseño general del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes, MINSAL (29)



4.5. Indicadores de resultado esperado del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes en Chile

Se decidió monitorear desde el nivel central los siguientes indicadores de acceso al sistema salud por parte de migrantes internacionales:

1. Número de Niños y Niñas Inmigrantes en Control del Programa de Salud del Niño.
2. Porcentaje Niños Inmigrantes según estado nutricional.
3. Número de Mujeres Inmigrantes Gestantes en Control.
4. Número de Mujeres Inmigrantes en control según método de regulación de fertilidad.

Además, cada institución relacionada al plan piloto debía desarrollar una serie de objetivos específicos e indicadores de resultados a evaluar a 12 o 24 meses de iniciado el trabajo. La Tabla 1 resume dichos objetivos e indicadores para las principales entidades públicas vinculadas al diseño de este plan nacional.

Tabla 1

Objetivos e indicadores de resultado específicos para cada entidad pública que participó del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes, MINSAL 2015 (29).

Entidad pública	Objetivos específicos	Indicadores de resultado
Atención Primaria de Salud	1. Ampliar la información sobre derechos y deberes en salud de la población inmigrante en general, a través de participación social.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos - Material de difusión distribuidos - Actividades de difusión realizadas - Líderes comunitarios capacitados
	1. Mejorar el acceso y calidad de la atención a población inmigrante, con pertinencia a su condición y con énfasis en los grupos más vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño e implementación de plan de acceso y calidad de la atención a población inmigrante - Población inmigrante inscrita - Atenciones y exámenes de salud realizados - Jornadas de capacitación realizadas
	2. Establecer, aplicar y evaluar protocolos y modelos de atención adecuados a la condición migratoria, orientados a mejorar acceso, calidad y efectividad de las acciones sanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de atención diseñados - Evaluación de modalidades de atención de salud a inmigrantes elaborada
Hospitales públicos	1. Desarrollar acciones para la transversalización de los programas ministeriales	<ul style="list-style-type: none"> - Programas desarrollados en los establecimientos hospitalarios, adaptados a personas inmigrantes - Actividades de difusión y capacitación de funcionarios - Cartillas informativas u otros de programas transversales dirigidos a usuarios inmigrantes.
	2. Mejorar el acceso, calidad de la atención y satisfacción usuaria de la población inmigrante	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación de protocolos existentes, e implementación de nuevos protocolos para usuarios inmigrantes - Jornadas de capacitación realizadas a funcionarios y equipos directivos - Líderes capacitados en atención de salud de inmigrantes
	3. Fortalecer la atención de salud de la población inmigrante, en recepción y acogida, trato e información	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos generales adecuados para población inmigrante - Jornadas de capacitación a funcionarios en buen trato en salud y comunicación efectiva

Servicios de salud	1. Articular los distintos componentes de la Red Asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Espacios de participación y comunicación con los establecimientos que componen la Red. - Reuniones con los equipos directivos de cada establecimiento involucrados. - Actividades de difusión.
	2. Resguardar la implementación de los procesos clínicos-asistenciales, estratégicos y de soporte de la Red.	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de Gestión difundido y conocido por las redes, asociados a la implementación del Piloto. - Cartera de Servicios definidas, consensuadas y difundidas. - Mapa de Derivación de la Red Asistencial.
	3. Gestionar eficientemente el uso de recursos asociados a la Política de Salud de Inmigrantes generando alianzas estratégicas con actores relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Alianzas estratégicas con intersector. - Proyectos concursables con intersector.
	4. Salvaguardar mecanismos de articulación de la Red Asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Articular y potenciar los Consejos de Integración de la Red Asistencial - Relevar el tema en los Consejos Macro Regionales.
Seremi de Salud	1. Liderar la articulación intrasectorial de los ámbitos de acción del plan piloto y participar en las instancias intersectoriales de cada región.	<ul style="list-style-type: none"> - Línea técnica de Salud de las personas inmigrantes cuenta con encargado/a, designado en la Seremi. - Mesa interna de salud de las personas inmigrantes - Mesa de coordinación sobre salud de las personas inmigrantes - Encargado/a de Seremi de Salud de las personas inmigrantes participa en las coordinaciones y/o mesas regionales - Encargado/a de Seremi de Salud de las personas inmigrantes convoca al intersector
	2. Convocar y organizar la participación social de las personas inmigrantes y organizaciones e instituciones que les apoyan.	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de asociaciones y líderes inmigrantes abierto e institucionalizado - Mecanismos de participación propios de la Seremi con participación de asociaciones y líderes inmigrantes
	3. Entregar los lineamientos y acompañamientos técnicos de acuerdo con los programas de salud y las actividades relacionadas a éstos en la red asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones de acompañamiento a la red de salud que permita fortalecer la implementación de los diferentes programas de salud en la población migrantes.
FONASA	1. Entregar una identificación por el período que demore en normalizar su situación en Chile.	<ul style="list-style-type: none"> - La persona inmigrante informada y con facilidades en el acceso, tanto en sucursales de FONASA como en APS.
	2. Colaborar en actividades de difusión y capacitación a funcionarios de APS.	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionarios capacitados en modelo de atención de atención a inmigrantes
	3. Informar a los migrantes la forma de incorporarse al Seguro de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Organizaciones de inmigrantes en Consejos de Sociedad Civil. - Registro Audiovisual de experiencias con migrantes de comunas piloto.

Se intentó recoger información de evaluación del programa Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud de Chile, a partir de cada uno de los actores clave y sus metas a cumplir, pero no fue posible. Es fundamental que esta relevante iniciativa cuente con un sistema de inteligencia en salud pública que garantice la mejor calidad posible en la implementación de cada una de las líneas estratégicas de acción del programa, así como un sistema de monitoreo, registro y evaluación detallada a corto, mediano y largo plazo. Sin evaluación rigurosa y de calidad, todo esfuerzo de innovar, mejorar procesos e impactar en salud poblacional pierde fuerza y sentido.

Pese a lo anterior, un aspecto identificado como logro central de la autoridad central y asociado a este programa piloto es lo manifestado en la Modificación al Decreto N° 11.0 (29 de mayo del 2015) en la "Circunstancia 4", que toda personas inmigrante sin documentos al día se considera como carente de recursos y puede acceder al sistema público de salud en tal condición, haciendo uso como beneficiario del Tramo A de indigencia existente en este sistema. A continuación de este decreto, la Circular A15-06 del 09 de junio del 2015, considera una serie de normas legales vigentes y explicita una serie de situaciones ante las cuales el sistema público de salud debe brindar atención de salud a población migrante internacional.

La normativa legal en cuestión es la siguiente:

- Artículo 19 número 9 de la Constitución Política que consagra el derecho a la protección de la salud
- Artículo 131 DFL N° 1.2005 del Ministerio de Salud que dispone que el derecho a la atención de salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo
- Artículo 132 del DFL aludido el cual establece que los establecimientos de sistema público no pueden negar la atención a quienes lo necesiten ni condicionarla a pagos previos
- Artículo 133 de dicho DFL que encomienda a los organismos del sistema público de salud la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de las personas habitantes de la República
- Artículo 136 letra e) que declara como beneficiarios del régimen de prestaciones de salud del sistema público de salud a personas indigentes o carentes de recursos
- El convenio de las Naciones Unidas sobre derechos de las personas migrantes, establece la obligación de los estados de respetar los derechos fundamentales de estas personas
- El convenio de los Derechos del Niño que propugna la atención de salud a éstos y la atención sanitaria pre y postnatal a las madres
- El Dictamen N° 34.638 del 2013 de la Contraloría General que establece la obligación de los organismos del sistema público de salud de atender a los extranjeros, sin cobrar por las prestaciones en el caso que sean indigentes o carentes de recursos.

De acuerdo a este mismo decreto, las prestaciones que el sistema público de salud de Chile garantiza a toda persona migrante internacional, independiente de su situación legal en el país, son los siguientes:

1. Mujeres durante el embarazo, parto, post parto y hasta los 12 meses desde éste. Todas las prestaciones que se requieran del apoyo al desarrollo biospiciosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN)
2. Niños hasta los 18 años de edad, todas las prestaciones que se requieran del apoyo al desarrollo biospiciosocial (PADBP) y las del programa de apoyo al recién nacido (PARN)
3. Casos de urgencia médica. Atención a todas las personas, solo se efectuará cobro de la prestación en los casos en que el afectado declare que le es posible pagar la atención
4. Prestaciones de salud pública. Métodos de regulación de la fertilidad incluidas la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles (VIH, TBC, ITS) y educación sanitaria.

5. Innovación local: Plan de Atención Inicial a Migrantes, Municipalidad de Santiago y Universidad del Desarrollo

5.1. Descripción del contexto en el cual se inicia este programa

Un desafío complementario al trabajo que ha estado realizando el Ministerio de Salud en el marco de su Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes, es el desarrollo de iniciativas que respondan a objetivos y metas comprometidas a nivel local, como por ejemplo en Atención Primaria de Salud. Este plan piloto surge del trabajo sostenido de 9 años en la relación entre migración internacional y salud de miembros del Programa de Estudios Sociales en Salud de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. La acumulación de evidencia científica tanto cuantitativa como cualitativa en este tema durante todos esos años, permitió el 2015 levantar la bandera de transferir este conocimiento a acciones concretas (33); intervenciones simples pero innovadoras para acercar el sistema público de salud a la población migrante internacional. Es en este contexto que a finales del 2015 se inició el trabajo del diseño de un protocolo específico de atención para población migrante internacional en la comuna de Santiago, fruto de la colaboración previa entre la Dirección de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago y el equipo del Programa de Estudios Sociales en Salud.

Tras múltiples reuniones de trabajo, se diseñó a lo largo de 5 meses un Plan Piloto de Atención Inicial a Migrantes, que fundamentalmente sirviera de **puerta de entrada al sistema público de salud** para migrantes internacionales que llevaran hasta un año residiendo en nuestro país, en particular en la comuna de Santiago. Los ejes de este plan de atención inicial fueron: (i) brindar una entrevista inicial de salud en APS que permita recabar información crítica sobre la experiencia migratoria y condiciones de vida y salud de migrantes; (ii) dar una bienvenida formal al sistema de salud y realizar derivaciones pertinentes a otros estamentos del sistema cuando sea necesario; (iii) brindar una atención con enfoque de competencia cultural y que responda en forma adecuada a las necesidades y particularidades de la experiencia migratoria en sí misma.

El Plan de Atención Inicial a Migrantes se diseñó como un complemento a las prestaciones de salud que ya están disponibles de manera igualitaria para población chilena y extranjera, sin intentar hacer diferencias entre ambas poblaciones. Este Plan simplemente se reconocía a sí mismo como un vehículo de conexión concreta y efectiva entre la persona migrante y el sistema de salud público chileno. Esta atención inicial de salud integral para población migrante internacional incorporó en sus pilares los **mismos fundamentos conceptuales, éticos y legales y socio-culturales pertinentes de Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud**. Tales son: enfoque de derecho humano, enfoque de participación, enfoque de determinación social de la salud; y enfoque de interculturalidad en salud. No obstante, adicionó otros seis pilares conceptuales pertinentes para un programa piloto de atención directa en salud de esta naturaleza, y que se detallan en la sección a continuación.

5.2. Pilares conceptuales adicionales al plan nacional ministerial, del Plan de Atención Inicial a Migrantes

- **Enfoque de competencia cultural en salud:** esta es entendida en el ámbito de la salud como la habilidad que deben poseer los trabajadores de la salud (TS) para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación con este último (34). Habitualmente, la necesidad de desarrollar la competencia cultural es entendida en la interacción que establecen los TS con la población de origen étnico o incluso en la interacción con inmigrantes internacionales, grupos en los cuales resulta más evidente la posible diferencia en el *background* cultural entre TS y usuario. Sin embargo, algunos autores plantean que cada interacción en el ámbito de la salud debiera considerar una adaptación cultural de las estrategias, de tal forma que las intervenciones contemplen la individualidad y el contexto social de los usuarios, apostando de esta forma al éxito en la implementación de dichas intervenciones (35).
- **Enfoque de curso de vida:** La probabilidad de enfermar de cualquier persona en la adultez está, al menos parcialmente, pre-determinada por su familia de origen. La perspectiva de curso de vida, iniciada por medio del estudio de grandes cohortes poblacionales en países más desarrollados, indica que la prevención de factores de riesgo en la adultez exige modificar sus desencadenantes desde la vida temprana (36).
- **Enfoque de proceso migratorio:** La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica en un momento puntual, sino que es un proceso dinámico (37). La migración se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta voluntad de permanencia (38). Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. Además, la llamada "migración circular" (39, 40) es un fenómeno reportado a nivel mundial, con grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones.
- **Enfoque de vulnerabilidad social en salud:** El concepto de vulnerabilidad social es complejo y multidimensional. Expertos internacionales han desarrollado diferentes modelos conceptuales en torno a este fenómeno. Uno de ellos, el más utilizado en las disciplinas de medioambiente, economía y trabajo social, indican que la vulnerabilidad humana contiene al menos las siguientes dimensiones: peligros internos del grupo (ej: pobreza), peligros externos al grupo (ej: terremotos), y capacidad de afrontamiento hacia ambos tipos de peligros, que pueden ser a su vez tanto internos (ej: organización comunitaria ante desastres) como externos (ej: políticas de Estado). La interacción entre estos componentes, según diversos autores, debería explicar en gran medida el riesgo de estos grupos de enfermar o de alterar su percepción de bienestar. Este concepto está íntimamente relacionado además con aspectos éticos, legales, económicos y políticos de las sociedades en las cuales dichos grupos vulnerables se insertan (4).
- **Enfoque de salud en todas las políticas:** Este es un enfoque que se aproxima a la salud desde la confluencia de distintos sectores que impactan en la vida y el bienestar de las personas, entre ellos vivienda, educación, trabajo. Este concepto enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en la salud de la población, buscando la sinergia y colaboración entre distintos sectores políticos y públicos (41).
- **Enfoque de bienestar subjetivo en salud:** El bienestar se refiere al óptimo funcionamiento y experiencia humana. Este constructo ha sido abordado desde dos perspectivas, por un lado enfocado en la felicidad y la ausencia de dolor; y por otro considerando la auto-realización y el grado de funcionamiento que alcanzan las personas (42).

259

5.3. Descripción del contexto comunal del programa: la comuna de Santiago

Población migrante internacional en la comuna (2002-2012) (43)

A nivel de la comuna de Santiago, el año 2002, la cifra de migrantes era 12.293 (6% del total de población de la comuna) lo que al año 2012 alcanzó casi el 13% del total de la población con 40.185 migrantes, del cual el 50.7% eran mujeres y 48.22% hombres. Entre 1992 y 2002, la población extranjera que más aumentó en la comuna fue aquella entre 14 a 29 años, seguida por la población entre 30 y 64 (15,6% y 9,7% medio anual, respectivamente). El periodo 2002-2012 planteó un aumento registrado en la población inmigrante menor a cinco años, grupo que varió en 229% (promedio anual de 12,6%, muy por encima de la tendencia del decenio anterior y que permitiría, eventualmente, establecer un punto de inflexión comunal).

Una proyección conservadora de la población extranjera en la comuna de Santiago 2012-2018 es de 39.222 habitantes de origen extranjero, lo que representaría un aumento de 7,5% respecto del año 2012 (inferior al observado el lapso 2002-2012). Respecto a nacionalidades, al año 2012 el 92% del total de migrantes en la comuna de Santiago lo componen 10 nacionalidades. Destaca la presencia de peruanos, quienes el 2002 eran superados por los argentinos con 21%, tanto en la comuna de Santiago como en el país y, hoy son quienes ostentan la mayor presencia en la comuna de Santiago, con un 57% del total de migrantes en la comuna, seguido por los colombianos con un 14,54%. En un tercer lugar se encuentran los ecuatorianos con 1.506 personas en la comuna, lo que equivale a un 4% y pasando de un primer lugar en el 2002 a un 4to lugar en el 2012 están los argentinos con 1.116 personas, lo que equivale a un 3,06%.

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

Datos recientes de la comuna indican que el 90,4% de la población inmigrante se encuentra al día en el control «Niño Sano» y sólo un 9,2% no está bajo control regular. Lo mismo sucede con los mayores de 60 años, donde el 80,2% de ellos asiste a controles de salud y un 18,8% no lo hace (43). Los centros de salud de la comuna de Santiago, centros primarios y SAPU, atienden a todos quienes solicitan cuidado independiente de su estatus migratorio. En el caso de extranjeros en situación migratoria irregular, se les adscribe y la atención de salud se realiza. Más aún, se intenta apoyar a quienes estén en situación irregular para que se regularicen lo antes posible, entregando consejería y derivación cada vez que sea necesario (DFL 67, Circular A-15 y otras visas).

5.4. Descripción del programa piloto Plan de Atención Inicial a Migrantes

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

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

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

El **modelo de atención** diseñado para Atención Primaria en Chile, actualmente denominado “Modelo de Atención Integral de Salud”, comenzó a aplicarse a partir de la creación de los Centros de Salud Familiar desde el año 1997 y con mayor extensión a todo Chile tras la Reforma de salud desde el 2005. Este modelo, de carácter familiar y comunitario, explica la atención de salud como “*un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado*”. Dentro de este Modelo se reconocen tres principios irrenunciables para un sistema de salud basado en APS: (i) Centrado en las personas (ii) Integralidad de la atención y (iii) que otorgue continuidad del cuidado. Todos estos componentes han sido considerados en la atención inicial que se realizará a la comunidad migrante.

Este programa considera 4 **componentes de la atención inicial** para población migrante internacional, los que dicen relación con los productos concretos esperados de la atención inicial:

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

El plan incluye además algunos **ámbitos específicos y únicos a evaluar** en población migrante internacional, y que se relacionan con el tipo de información que se levantará durante la sesión:

1. Necesidades sobre competencia cultural en salud: La detección de este tipo de necesidades tiene por objetivo realizar una adaptación de las estrategias en salud orientándose a las creencias, conductas y motivaciones específicas de cada familia migrante. Entre la temáticas que se indagarán se encuentran: creencias en torno a autocuidado en salud y cuidado familiar; creencias en torno a nutrición; creencias en torno a embarazo, parto y crianza temprana; y creencias en torno al cuidado de los niños y las personas mayores.
2. Necesidades de derivación (enfoque salud en todas las políticas): Se detectan necesidades de derivación a la red formal de salud y también hacia otros sectores tales como educación o departamento de extranjería, entre otros, favoreciendo la sinergia y la colaboración entre distintos sectores.

3. Historia de curso de vida: Se privilegiará un enfoque de curso de vida durante la entrevista en profundidad, tanto a nivel individual como familiar, con el propósito de entender las necesidades que surjan desde el modelo conceptual de determinación social de la salud.
4. Historia de proceso migratorio: Se indagará en el proceso migratorio completo individual y familiar, desde el momento previo a tomar la decisión de migrar, el proceso y la experiencia de migración y el proceso de asentamiento.

Tanto los componentes del modelo de acción como los ámbitos a evaluar se resumen en el modelo de atención inicial integral para inmigrantes que aparece a continuación (Cuadro 3). La Tabla 3 resume el modelo de atención inicial integral de salud para inmigrantes de acuerdo a pilares conceptuales, definiciones operativas y el abordaje concreto del plan de atención de este proyecto. El Cuadro 4 describe el flujograma de este modelo de atención inicial integral de salud para inmigrantes, desde la perspectiva del migrante y su acceso a salud. A partir del modelo de atención presentado, se elaboró una ficha o protocolo concreto de atención para el Plan de Atención Inicial del Migrante Internacional en centros de atención primaria de la Municipalidad de Santiago, que se espera pilotear en los próximos meses. Esta ficha de atención incluye recomendaciones internacionales estándares en competencia cultural en salud, información fundamental del protocolo estándar de atención de salud familiar, y elementos adicionales relevantes para el proceso migratorio.

Es importante señalar que una vez elaborada la ficha preliminar de atención, esta se contrastó con un **levantamiento rápido de información acerca de lo que los referentes técnicos de todos los estamentos de profesionales de la red de salud** perciben como necesarias de levantar en población migrante para mejorar su atención. Se recopiló percepciones de parte de personal primario médicos, enfermeros, matronas, asistentes sociales, dentista, kinesiólogo, nutricionista, psicólogo. Esto se realizó en forma presencial o telefónica con líderes de cada estamento durante el mes de marzo del 2016. Cada estamento entregó en promedio 6 a 8 aspectos a indagar en población migrante que son de especial relevancia para su atención en el centro de salud. Cada uno de estos aspectos fue contrastado con la ficha preliminar, la cual fue mejorada para alcanzar una versión final para iniciar la fase de pilotaje de este plan de atención.

La primera versión del protocolo o ficha de atención se implementó y evaluó en forma inmediata en tres fases, algunas de ellas aún en conducción durante el 2016:

- *Fase inicial:* dos semanas completas de pilotaje del protocolo con pacientes en el centro de salud primaria Ignacio Domeyko, calle Cueto, Barrio Yungay de la comuna de Santiago. Estas dos semanas se ejecutaron en el mes de mayo, fueron de intenso trabajo y por medio de ellas se alcanzó una versión simplificada y mejorada de la ficha de atención.
- *Fase de implementación en formato electrónico OMI:* el centro ocupa una ficha clínica electrónica, en línea (en este caso OMI Stack). La versión actualizada de la ficha o protocolo fue ingresada a este sistema en línea del centro de salud, con lo cual el plan de atención inicial comenzó a ser parte oficial del sistema de salud de dicho centro a fines de mayo del 2016.
- *Pilotaje inicial:* se programó para los meses de junio a diciembre del 2016. Como estrategia rápida de evaluación, se realizaron encuestas breves de satisfacción usuaria inmediatamente a continuación de la atención en box. Los resultados preliminares disponibles en el momento en que se redactó este capítulo (junio 2016) son presentados en la sección a continuación.

5.5. Evaluación inmediata del programa piloto Plan de Atención Inicial a Migrantes

Desde la primera semana de mayo del 2016 se implementó una agenda de atención que contaba con 12 cupos de atención semanales, de 60 minutos de duración cada uno, en extensión horaria, 2 días de la semana (martes 18.00 a 20.00 horas y miércoles de 16.00 a 20.00 horas). Hasta mediados de junio del 2016, se logró agendar a 65 pacientes, derivados principalmente desde la admisión del centro de salud (ingresos). De este total de migrantes invitados a asistir al programa, se alcanzó un 86% de asistencia. De los pacientes atendidos, un 67,86% eran del sexo femenino, provenientes principalmente de Perú (39,39%) y Venezuela (35,71%). Las edades fluctuaron entre los 17 y los 46 años, siendo en mayor proporción el grupo de 18 a 25 años (37,5%). La situación migratoria mayoritaria era "visa en trámite" (39,29%), seguido de "visa turista" (35,71%).

El principal motivo de consulta fue "ingreso embarazo" (35,71%), seguido de solicitud de atención de salud para los hijos (32,14%) y controles preventivos (28,57%). Las principales derivaciones realizadas fueron a matrona para ingreso a embarazo (43,48%), trabajadora social (32,61%) y control sano para los hijos (34,78%). Todos los indicadores de la encuesta de satisfacción usuaria aplicada se ubicaron mayoritariamente entre "muy satisfecho" y "satisfecho". Los mejores evaluados respecto a la satisfacción con la atención de salud fueron la comunicación/lenguaje del profesional, el trato y la expectativa respecto a la atención de salud (97,77% "muy satisfecho"). La Tabla 4 detalla los logros alcanzados y tareas pendientes de este esfuerzo e innovación en salud.

Cuadro 3

El modelo de atención inicial integral de salud de inmigrantes



Tabla 3

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

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

Cuadro 4

Flujograma de acceso al Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Inmigrantes

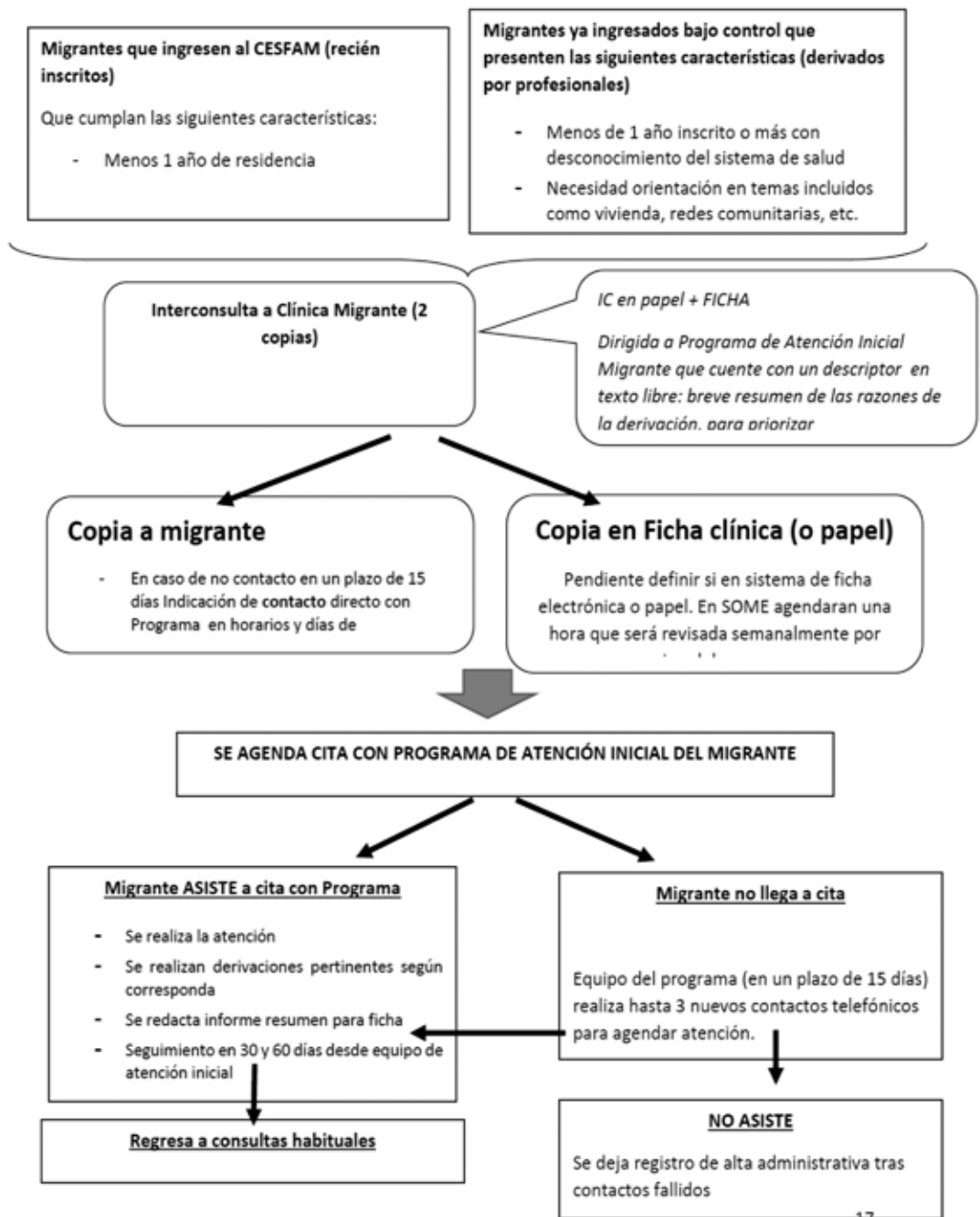


Tabla 4

Logros alcanzados y desafíos pendientes del Plan Piloto de atención inicial integral de salud de Inmigrantes, Centro de Salud Primaria Domeyko, comuna de Santiago.

Abordaje en el Modelo de Atención Inicial Integral de Salud de Inmigrantes	Evaluación preliminar: Logros alcanzados a junio 2016	Desafíos pendientes
<p>Se evalúan áreas específicas en torno a competencia cultural, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados en salud familiares e individuales › Autocuidado - Creencias en torno a nutrición - Creencias en torno a embarazo, parto, crianza temprana - Creencias en torno al cuidado de los niños y personas mayores 	<p>Se logró pilotear 4 preguntas abiertas en torno a competencia cultural.</p>	<p>Identificar la información relevante para los equipos de salud a partir de las respuestas obtenidas.</p>
<p>Se indagan en enfoque de curso de vida individual y familiar del inmigrante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación individual y familiar en país de origen • Proceso de toma de decisión en torno a migración • Experiencia de migrar • Situación actual individual y familiar 	<p>Se logró pilotear implementar 14 preguntas de curso de vida individual y familiar.</p> <p>Se han identificado composición familiar y necesidad de atención dentro de los mismos integrantes de la familia</p> <p>La experiencia de migrar ha permitido identificar situaciones de vulnerabilidad en las fronteras y el choque de culturas.</p>	<p>Incorporar estrategias de adaptación cultural ante las necesidades detectadas.</p>
<p>Se evalúan condiciones de vida del migrante y su familia que lo sitúan en posición de vulnerabilidad social (ejemplo: condiciones de vivienda, hacinamiento, etc.)</p>	<p>Se han identificado condiciones de vivienda de manera descriptiva y mediante cálculo de índice de hacinamiento (indicador CASEN 2013).</p> <p>Se han detectado importantes condiciones precarias asociadas a subarriendo, hacinamiento crítico, percepción de inseguridad del barrio, entre otros. Casos de hacinamiento crítico han sido derivados a asistente social y se ha solicitado toma de test de detección de tuberculosis.</p>	<p>Seguimiento de los casos identificados como más vulnerables en un plazo de 3 a 6 meses post detección.</p>
<p>Se detectan necesidades individuales y familiares en distintos ámbitos y se realizará derivación oportuna al área salud e intersector.</p>	<p>Se generó un Manual de Derivación, el cual contiene las potenciales redes de derivación en la comuna según pertinencia y necesidad.</p> <p>Se identificaron personajes clave en dichas actividades.</p> <p>Se logró establecer canales de derivación virtuales y de papel, tanto dentro del centro de salud como en las redes disponibles,</p>	<p>Seguimiento de la demanda satisfecha, en un plazo de 3 y 6 meses post intervención.</p> <p>Incorporar grupos comunitarios en el documento de derivación.</p> <p>Realizar reuniones con equipo de salud del centro para entregar feedback de la evaluación del piloto.</p>

6. Conclusiones

La migración internacional ha recibido atención a nivel comunitario, social y gubernamental en los últimos años en Chile. Existen diversos enfoques y posibles metodologías para enfrentar la elaboración de una política pública, incluyendo una política de salud. En este momento, no existe en Chile una política de salud específica para migrantes internacionales. Esto es sin duda una deuda social del país a los cientos de miles de extranjeros que deciden llegar a Chile y que ocupan una importante proporción de la fuerza de trabajo y productividad económica de nuestra nación. Mientras en este momento se debate a nivel político la nueva política general migratoria de Chile, también se pueden dar a conocer algunas de las múltiples innovaciones en atención directa de salud a migrantes internacionales. En este capítulo hemos seleccionado dos innovaciones, una de nivel central del Ministerio de Salud y otra de nivel local en colaboración entre la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago y el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo.

El propósito de este capítulo fue dar a conocer dos innovaciones en atención de salud a migrantes internacionales en Chile. Se seleccionaron dos innovaciones, una de nivel central del Ministerio de Salud (*Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes*) y otra de nivel local en colaboración entre la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago y el Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo (*Plan de Atención Inicial a Migrantes*). Si bien estas innovaciones no dan cuenta de los vastos esfuerzos que hoy se realizan para proteger y mejorar las condiciones de vida y salud de migrantes internacionales en nuestro país, en especial a nivel municipal y comunitario, ciertamente permiten reflexionar acerca de la dirección y desafíos pendientes de este tipo de iniciativas.

A partir de estas dos innovaciones en salud, quisiéramos desarrollar dos reflexiones principales. La primera, referida a la enorme **oportunidad de desarrollar en la actualidad en Chile innovaciones en salud que reduzcan en el corto plazo las brechas de desigualdad existentes entre población migrante y local**. Los capítulos anteriores de esta sección del libro presentan relevante evidencia acerca de dichas brechas, que no solo están instaladas en la condición de ser migrante como determinante social de la salud relevante en sí mismo, sino también en términos de acceso y uso de servicios de salud. Estudios previos de resultados de salud en Chile también indican que si bien la población migrante internacional “en promedio” reporta menos problemas de salud que la población chilena, este efecto desaparece en grupos vulnerables específicos como quienes viven en nivel socioeconómico bajo, aquellos que llevan más de 10 o 20 años en el país y provenientes de algunos países específicos como Ecuador y Bolivia.

En segundo lugar, nos parece necesario manifestar en forma expresa la urgencia de escalar estas y otras innovaciones centrales y locales de salud del migrante a nivel nacional amplio, idealmente a través de una **política nacional de salud de migrantes internacionales**. Las dos innovaciones descritas en este capítulo dan cuenta de la enorme complejidad de instalar nuevas tecnologías sanitarias, por simples que parezcan en su diseño, en un sistema de salud restringido en su presupuesto y exigido en sus metas y plazos. No obstante esta complejidad, es imposible proyectar cualquier política de salud que no considere el trabajo en red y en colaboración con el intersector. En ambos programas piloto, uno de alcance nacional y otro local comunal, tanto la creación de la idea como su implementación y evaluación requirieron de trabajo articulado, sistemático y riguroso de más de un sector de la sociedad. El sistema de salud con todos sus actores y colaboradores, el sector académico e incluso el privado y las organizaciones no gubernamentales tienen la responsabilidad de superar diferencias y distancias de cultura y lenguaje, en favor del desarrollo de intervenciones de salud cada día más efectivas para población vulnerable en Chile, incluyendo personas migrantes internacionales con necesidades especiales de salud o en riesgo social.

7. Necesidades identificadas y recomendaciones para Chile

A partir de lo expuesto en este capítulo, se pueden identificar algunas necesidades específicas en salud de parte de la población migrante internacional en nuestro país. Estas necesidades, tal y como lo demuestra la Tabla 5 a continuación, se pueden organizar en cuatro grandes dimensiones: sistema de salud, comunidad, intersector, e investigación. Las necesidades que identificamos son las siguientes:

1. Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en acceso y uso de servicios de salud por parte de población inmigrante comparado con población local.
2. Se reconoce la necesidad de incorporar cada vez más a la comunidad migrante al trabajo actual en salud de migrantes, en tanto individuos civiles como grupos organizados.
3. Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en condiciones de vida y protección social por parte de población inmigrante comparado con población local.
4. Chile tiene en la actualidad limitada evidencia cuantitativa, y moderada evidencia cualitativa o mixta, respecto de la experiencia migratoria, condiciones de vida y acceso y resultados de salud de población migrante internacional.

Las necesidades identificadas se traducen en recomendaciones concretas para nuestro país y la región. Más allá de estas, es urgente atender con mayor fuerza el tema migratorio como prioridad país, desde todos los sectores y estamentos, haciendo propio el hecho de que Chile se ha construido sobre migraciones de extranjeros de todos los continentes del mundo, en tensión y combate con pueblos originarios que ya habitaban el territorio chileno antes de su venida. El chileno mestizo es fruto de generaciones de encuentro entre migrantes y locales. La migración internacional actual es espejo de la migración histórica que nos construye como nación y como tal, debemos no solo comprender sino incluso proteger y resguardar.

Tabla 5

Cuadro resumen de necesidades identificadas y recomendaciones para Chile.

Ejes estratégicos	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en acceso y uso de servicios de salud por parte de población inmigrante comparado con población local.	<p>A partir de las dos iniciativas innovadoras descritas en este capítulo, surge la recomendación general de incentivar la creación de nuevas estrategias e intervenciones de salud para población migrante en Chile, tanto a nivel central como local.</p> <p>Algunas recomendaciones específicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación sistemática y profunda, idealmente con métodos tanto cuantitativos como cualitativos, del Plan Nacional Piloto de Inmigrantes del MINSAL - A partir de dicha evaluación, mejorar las iniciativas ya instaladas en las 5 comunas piloto del país. - A partir de dicha evaluación, comenzar a escalar el piloto a todo el territorio nacional, con foco inicial en migrantes vulnerados de derecho o en vulnerabilidad social, así como de aquellas intervenciones que probaron ser las más efectivas. Esto debe ser acompañado de múltiples y permanentes estrategias de sensibilización a los equipos de salud. - Instalar un sistema de monitoreo local y central permanente de este programa nacional de salud de inmigrantes - Desarrollar, a nivel local regional y comunal, incentivos concretos e idealmente financiamiento protegido para el diseño y evaluación de tanto existentes como nuevas intervenciones o programas de salud y bienestar a esta población. Esto podría considerar en explorar formas cada vez más efectiva de trabajar, considerando la gran cantidad de mesas de trabajo que hoy existen en esta temática.
Dimensión: Comunidad	Se reconoce la necesidad de incorporar cada vez más a la comunidad migrante al trabajo actual en salud de migrantes, en tanto individuos civiles como grupos organizados.	<p>Se recomienda el diseño de intervenciones o nuevas tecnologías sanitarias que consideren un enfoque de participación social de la comunidad migrante internacional que sería el público objetivo. Para ello, se proponen las siguientes recomendaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incorporar a líderes comunitarios de población migrante internacional como parte de equipos de diseño o de investigación de nuevas intervenciones. Incluirlos también en cualquier programa o tecnología sanitaria que ya se haya desarrollado. - Realizar diagnósticos comunitarios de necesidades de condiciones de vida y salud de población migrante internacional, antes y durante el diseño e implementación de innovaciones en salud planificadas para este grupo. - Realizar evaluaciones inmediatas y a mediano y largo plazo de las iniciativas en salud de migrantes en Chile, con foco en las percepciones y necesidades específicas que cada contexto comunal y regional presenta en cuanto a la demografía y condiciones de vida de dicha población. - Buscar estrategias de vincular las múltiples iniciativas y proyectos que se están realizando a nivel local en las distintas comunas y regiones de Chile para población migrante, generando redes de colaboración y espacios de encuentro que potencien y amplifiquen los esfuerzos individuales a el mayor número de personas migrantes posible.

<p>Dimensión: Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>Existe la necesidad de reducir brechas de desigualdad en condiciones de vida y protección social por parte de población inmigrante comparado con población local.</p>	<p>Ambas innovaciones descritas en este capítulo demuestran un genuino esfuerzo por vincular de manera efectiva distintos sectores: el plan piloto nacional del Ministerio de Salud lo hace a través de sus pares cercanos del sector público, y el plan piloto de atención inicial de la comuna de Santiago lo hace por medio de la colaboración público-académica.</p> <p>Ambos esfuerzos son desafiantes y exigen actitud de compromiso y comunicación efectiva. No obstante, estas iniciativas, en tanto exitosas en su primera evaluación piloto, requieren de mayor articulación y transversalización para que logren impacto y alcance nacional. Para ello, algunas recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar en forma permanente al intersector en materia migratoria, en especial Ministerios de Hacienda, Desarrollo Social, Trabajo, Educación y Vivienda. - Desarrollar paso a paso colaboraciones concretas con distintos sectores del país, tanto públicos como privados, que permitan financiar y sostener en su implementación práctica y evaluación las innovaciones en salud de migrantes que han demostrado ser efectivas en incrementar el bienestar y los resultados de salud más urgentes de atender en esta población. - Fortalecer el trabajo del sector salud con organizaciones civiles y no gubernamentales interesadas en la salud y bienestar de migrantes internacionales en Chile. - Explorar y potenciar el trabajo intersectorial a nivel regional Latinoamericano y con el extranjero en general, por ejemplo a través de Redes de colaboración civil, profesional, gubernamental o académica. Esto implica por ejemplo postular a fondos de innovación en forma colaborativa, participar de jornadas, encuentros y documentos de trabajo en esta materia, asistir mutuamente procesos de implementación y evaluación de innovaciones en salud para población migrante, entre otras.
<p>Dimensión: investigación</p>	<p>Chile tiene en la actualidad limitada evidencia cuantitativa, y moderada evidencia cualitativa o mixta, respecto de la experiencia migratoria, condiciones de vida y acceso y resultados de salud de población migrante internacional.</p>	<p>Es urgente desarrollar más y mejor investigación en torno al proceso migratorio internacional y sus efectos en salud. Tal y como se ha propuesto en el pasado (2), existen algunas líneas de estudio que se reconocen como críticas en esta materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abogar por el estudio del proceso de migración en sí mismo, como determinante crítico de la salud de las poblaciones migrantes y receptoras en Chile, la región y el mundo. - Se requiere de apoyo político y académico para fomentar la investigación en población migrante internacional, tanto en la liberación o protección de fondos para la investigación en este tema como para el ejercicio de líneas de investigación por parte de equipos capacitados en nuestro país. - Se requiere de un enfoque investigativo amplio, que desafíe el paradigma biomédico clásico y permita una mirada global, interdisciplinaria y de salud en todas las políticas en esta materia. - Se requiere de un enfoque de curso de vida en el estudio de la migración internacional, dado que la mayoría de los estudios apuntan al proceso migratorio cuando ya ocurrió (ex post) y no desde su inicio en el país de origen. - Organizaciones internacionales (OMS, OPS, Banco Mundial, BID, Flacso, entre otras) tienen la oportunidad de liderar el desarrollo de la investigación en temáticas migratorias, facilitando la postulación de fondos propios, consultorías, y redes de colaboración internacional que pongan el foco de la agenda pública en este grupo particular. - En Chile, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica CONICYT, tiene la oportunidad de promover la investigación en esta temática para fondos de interés en salud pública y en el desarrollo de innovaciones que sean escalables y transferibles al resto del país.

8. Referencias

1. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud por parte de la población migrante internacional en Chile. In: Cabieses B BM, Obach A, Pedrero V, editor. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 450.
2. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2013;34(1):68-74. Epub 2013/09/06.
3. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista medica de Chile*. 2013;141(10):1255-65. Epub 2014/02/14.
4. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Santiago: UDD; 2016.
5. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PloS one*. 2014;9(8):e105347. Epub 2014/08/21.
6. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012;11:68. Epub 2012/11/20.
7. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2012;32(2):161-7. Epub 2012/10/27.
8. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health*. 2012;12:1013. Epub 2012/11/23.
9. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.
10. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago, 2010.
11. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.
12. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Revista Chilena de Pediatría*. 2009;80:161-7.
13. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Rev Chilena de Pediatría*. 2012;83(4):366-70.
14. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. . 2009.
15. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.
16. IOM, UNICEF, ACNUR. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. : 2012.
17. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2008;12:37-41.
18. Chile CPDIIUd. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile: 2008.
19. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. *Revista Salud y Sociedad*. 2010;1:51-70.
20. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en población inmigrante en la comuna de Independencia 2008 March 2011. Available from: <http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716>.
21. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and child health journal*. 2013;17(2):292-8. Epub 2012/03/09.
22. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derlyun I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Soc Sci Med*. 2010;70(2):329-36. Epub 2009/11/07.
23. Chilean Ministry of Health. Metas 2011 - 2020. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2012 [cited 2014 May, 2014]; Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>.
24. Moreira-Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias D. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Revista Maternal and child health journal*. 2013;17(8):1346-54.
25. Kusuma YS, Kumari R, Kaushal S. Migration and access to maternal healthcare: determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. 2013;18(10):1202-10. Epub 2013/08/07.
26. Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2007;114(10):1232-9. Epub 2007/07/28.
27. O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010;17(10):917-28. Epub 2010/11/17.
28. Higginbottom G, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F, Barolia R. Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):370. Epub 2014/12/04.
29. Ministerio de Salud de Chile. Programa piloto de salud de migrantes en Chile. 2014.
30. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: 2008.
31. Ministerio de Salud de Chile. Documento de Trabajo Plan de acción 90 días, Aspectos Teóricos y Metodológicos para el trabajo en las 92 Comunas Vulnerables: componente barrera de acceso. Santiago: 2008.
32. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. [Intercultural health: elements to the construction of its conceptual bases]. *Revista medica de Chile*. 2003;131(9):1061-5. Epub 2003/11/26. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales.
33. Cabieses B, Espinoza MA. [Translational research and its contribution to the decision making process in health policies]. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*. 2011;28(2):288-97. Epub 2011/08/17. La investigación traslacional y su aporte para la toma de decisiones en políticas de salud.
34. Bernaldes M, Pedrero V, Obach A, Perez C. [Cultural Competence in health: an urgent need for health workers]. *Revista medica de Chile*. 2015;143(3):401-2. Epub 2015/05/26. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud.
35. Bernaldes M, Figueroa JG. Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los "involuntables". In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad Social y sus Efectos en Salud en Chile. Santiago: UDD; 2016.
36. Davey Smith G. Health inequalities: Lifecourse approaches; studies in poverty, inequality and social exclusion. UK: The policy press; 2003.
37. Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar-Danesh N. Migration: a concept analysis from a nursing perspective. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(5):1176-86. Epub 2011/11/03.
38. Sukamdi. [The typology of migration: developing an alternative concept]. *Populasi*. 1991;2(1):57-64. Epub 1991/01/01. Tipologi migrasi: suatu alternatif pengembangan konsep.
39. Bigsten A. The circular migration of smallholders in Kenya. *Journal of African economies*. 1996;5(1):1-20. Epub 1996/01/01.
40. Ellis M, Conway D, Bailey AJ. The circular migration of Puerto Rican women: towards a gendered explanation. *Int Migr*. 1996;34(1):31-64. Epub 1996/01/01.
41. Ollila E, Baum F, Peña S. Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
42. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*. 2001;52:141-66. Epub 2001/01/10.
43. Arriagada C, Cortínez JM. Santiago lugar de encuentro: Ilustre Municipalidad de Santiago; 2015.

9. Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro de red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.

Email: bcabieses@udd.cl

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.

Email: Margaritabernales@udd.cl

Macarena Chepo, MSc(c)

Enfermera, Post título Salud Familiar y Comunitaria, MSc(c) en Salud Pública de la Universidad de Chile. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carrera Enfermería. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: migración y salud, automanejo de enfermedades crónicas.

Email: mchepo@udd.cl

Dra. María Teresa Escobar, MSc(c)

Médico Cirujano y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Chile. Candidata a Magíster en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago. Áreas de desarrollo Promoción de la Salud con enfoque intersectorial, y Mejoramiento al Acceso a la Salud con enfoque de Derecho y Equidad.

Email: direcciondesalud@saludstgo.cl

Paz Bersano. MSc

Nutricionista y Magíster en Salud Pública Universidad Mayor, Coordinadora Programa Migrantes y Pueblos Originarios Dirección de Salud Municipalidad de Santiago, Docente post grado Universidad Mayor, Trabajo colaborativo con Universidad de Chile y Departamento Extranjería (capacitaciones a funcionarios en temas de Migración), Nutricionista Clínica Estaciones Médicas de Barrio.

Email: pbersano@saludstgo.cl

269

10. Agradecimientos

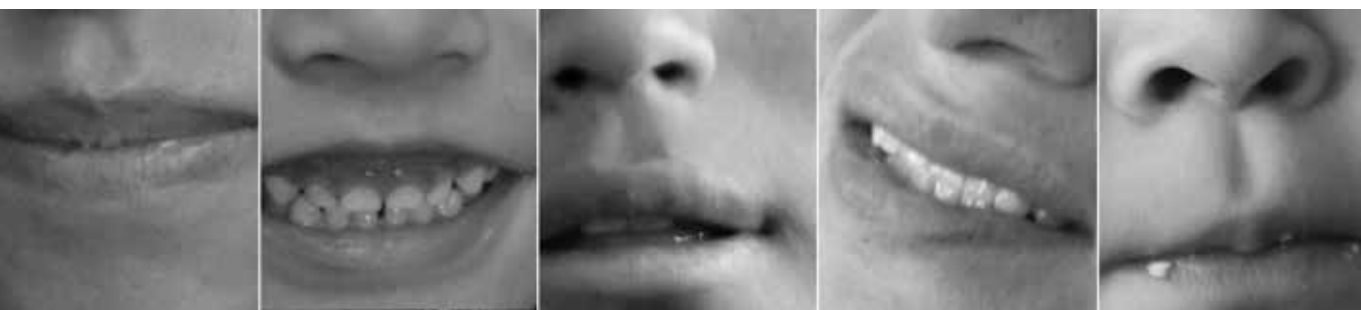
Al Ministerio de Salud de Chile por la información proporcionada acerca del piloto Plan Nacional de Salud de Inmigrantes.

A la dirección del Centro de Salud Domeyko y a cada uno de los trabajadores de ese centro, en especial a quienes trabajan en la entrega de horas asistenciales, por su incondicional apoyo en el Plan de Atención Inicial desarrollado en dicho centro a lo largo del 2016.

Al equipo de investigación del Programa de Estudios Sociales en Salud de la Facultad de Medicina CAS UDD, quienes de manera generosa y desinteresada realizaron atenciones de salud a migrantes en el Centro de Salud Primario Domeyko, comuna de Santiago, a propósito del piloto de Atención Inicial a Migrantes.

Sección III

La migración en Chile en comunas seleccionadas del país



Introducción a Sección III

Margarita Bernales, PhD; Ana María McIntyre, MSc; Báltica Cabieses, PhD

1. Contextualización

La salud, entendida como un fenómeno social que representa las creencias y prácticas de diferentes grupos, requiere de enfoques de estudio diversos que permitan develar la complejidad de dicho fenómeno. En este contexto, la incorporación de metodologías cualitativas en el estudio de la salud de los grupos sociales, representa un importante aporte en la comprensión y profundización de la complejidad asociada a la búsqueda del bienestar de la población (1).

Tal como se ha establecido en capítulos previos, la complejidad asociada al fenómeno migratorio requiere de la incorporación de diferentes estrategias metodológicas. Es por esta razón que el proyecto Fondecyt 11130042 *Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos (2013-2017)*, ha incorporado una metodología que incluye una fase cualitativa de investigación, cuyos objetivos son:

1. Identificar las condiciones de vida y salud de inmigrantes internacionales de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile, a partir de análisis de encuestas CASEN 2006 a 2013.
2. Explorar las necesidades percibidas de salud por parte de inmigrantes internacionales de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile, según la percepción de alcaldes, directores de centros primarios y los mismos inmigrantes.
3. Reconocer cómo los centros de salud primarios de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile se han adaptado para satisfacer las necesidades de la población inmigrante.
4. Identificar cómo los centros de salud primarios de las 8 comunas con mayor densidad de población inmigrante en Chile han evaluado su capacidad de satisfacer las necesidades de la población inmigrante.

Además de las 8 comunas relacionadas al proyecto Fondecyt mencionado, se adicionó a esta sección la comuna de Quilicura. Autoridades de esta comuna, en conocimiento de la redacción de este libro y a partir de trabajo colaborativo previo, consideraron relevante la oportunidad de exponer el trabajo que se ha desarrollado en temática migratoria en esta comuna. En consecuencia, el capítulo final de esta sección describirá la comuna de Quilicura, pero no será redactado a partir de resultados de proyecto Fondecyt sino que a partir del trabajo propio que sus autoridades han estado desarrollando en los últimos años.

2. Descripción Metodológica Cualitativa

Descripción general

La metodología cualitativa permite realizar un análisis profundo del fenómeno de estudio, y conocerlo a través de quienes están envueltos en él, entregando una mirada fina y sutil sobre la experiencia de salud de los migrantes internacionales de manera grupal e individual. La fase cualitativa del proyecto Fondecyt 11130042 se elaboró a partir de un paradigma constructivista de investigación, el cual establece que el fenómeno de interés o de

estudio estaría representado por la *construcción* e interpretación subjetiva que realizan los diferentes actores en torno a una vivencia, contemplando incluso en dicha construcción la perspectiva del equipo de investigación involucrado en el proyecto (2). De esta forma, el estudio de la salud y bienestar de la población migrante internacional en Chile, requiere de la incorporación de diversas miradas y puntos de vista. En este proyecto en particular, se incluyó la perspectiva de la propia comunidad migrante, así como también las autoridades locales en salud –formales e informales-, entre las cuales se encontraban trabajadores de salud de nivel primario, considerando que ellos son la puerta de entrada al sistema de salud público en Chile y quienes tienen un enfoque explícito de salud comunitaria centrada en las necesidades particulares de cada usuario.

Desde este paradigma se seleccionó la metodología de Estudio de Caso (2), la cual permite dar relevancia a un fenómeno de interés, en este caso la salud y las condiciones de vida de la comunidad migrante internacional en Chile, y en torno a dicho fenómeno considerar los puntos de vista de diversos actores sociales. El proyecto incluyó la realización de ocho estudios de caso, los cuales fueron realizados en ocho comunas del territorio nacional. El criterio de selección para las comunas, fue por una parte que presentaran una alta densidad de población migrante y por otra que tuviesen índices marcados de vulnerabilidad social dentro del territorio nacional continental (3). Las comunas seleccionadas se presentan en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1

Comunas seleccionadas para Estudio de Caso Fondecyt 11130042 *Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos (2013-2017)*

	Zona Norte	Zona Sur
Comuna	Arica	Santiago Centro
	Iquique	Recoleta
	Calama	Independencia
	Antofagasta	Maipú

Técnicas de Recolección de Datos

En cada estudio de caso se incluyeron entrevistas individuales, algunas entrevistas bipersonales y grupos focales con diversos actores clave, entre ellos: migrantes internacionales, autoridades locales de cada comuna, directores de centros de salud, incluyendo CESFAM, CECOSF o posta rural, y finalmente trabajadores o funcionarios de atención de salud primaria y algunos expertos a nivel nacional. Se utilizaron dispositivos digitales para grabaciones (previo consentimiento informado) y un cuaderno de campo para tomar notas en terreno. Los guiones de entrevistas y grupos focales del proyecto Fondecyt 11130042, tenían preguntas preferentemente abiertas, con temáticas generales planteadas de acuerdo a los objetivos del proyecto y adaptadas según el participante que se iba a entrevistar en cada caso. Por lo tanto, había guiones de entrevistas diseñados para migrantes, autoridades, directores de salud primaria, grupos focales de migrantes y, por último, guiones de grupo focal para trabajadores o funcionarios de salud primaria. Los guiones de entrevista fueron desarrollados en torno a dos temas principales, por una parte la relación entre el sistema de salud público y los migrantes internacionales y por otra, que las condiciones de vida en que se encuentra la población migrante en nuestro país, tienen un impacto directo en su salud (4).

Participantes

En una etapa que se inicia el año 2014 y termina el año 2015 se realiza la recolección de datos inicial, definida como arranque muestral establecida en el proyecto original (5). Durante el transcurso del año 2016 se procedió a confirmar los hallazgos con los participantes de cada comuna. Este proceso de confirmación forma parte de los criterios de rigurosidad adoptados por el proyecto original (6).

La muestra final fue de 259 participantes, incluyendo entrevistas individuales, grupos focales y entrevistas bipersonales en el período de tiempo comprendido entre el año 2014 y 2016. Entre los participantes entrevistados se encuentran 21 directores de centros de atención primaria, 32 autoridades locales y municipales (alcaldes, DIDECO, expertos, funcionarios municipales, encargados de programas de salud migrantes y/o interculturales, entre otros), 76 funcionarios o trabajadores de centros de salud primaria y 127 migrantes internacionales.

Las estrategias de reclutamiento consistieron en contactar a las autoridades de salud de los gobiernos locales de cada comuna, a través de ellos se gestionó el contacto con los centros de salud primaria, accediendo así a los directores y trabajadores o funcionarios de dichos centros de salud. Las tablas 2 y 3 describen a los participantes de la etapa de recolección de entrevistas de participantes (2014, 2015) y la etapa de entrevistas de confirmación de hallazgos (2016).

Tabla 2

Participantes Etapa Recolección de Información 2014-2015.

Participantes 2014-2015 Total: 225	Información Sociodemográfica
Autoridades Locales 16 (14 entrevistas individuales) (1 entrevista bipersonal)	Sexo: 9 mujeres, 5 hombres Rango de Edad: 28-58, Promedio: 43,86 años Sexo: 2 mujeres Edades: 46- 47, Promedio: 46,50 años
Directores de Centros de Salud 17 (15 entrevistas individuales) (1 entrevista bipersonal)	Sexo: 11 mujeres, 4 hombres Rango de Edad: 27-64, Promedio: 47,60 años Sexo: 2 mujeres Edades: 35-39 Promedio 37,50 años
Trabajadores de Salud 69 (8 Grupos Focales)	Sexo: 58 mujeres, 11 hombres Rango de Edad: 26-67, Promedio: 39,01 años
Expertos 3 (3 entrevistas individuales)	Sexo: 3 hombres Rango de Edad: 37-51, Promedio: 42,33 años
Migrantes, Total: 120 (65 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y 8 grupos focales)	Sexo: 80 mujeres, 40 hombres Rango de Edad: 19-69 Promedio: 36,29 años Nacionalidad: 46 Peruanos, 27 Colombianos, 20 Ecuatorianos, 14 Bolivianos, 11 Dominicanos, 2 Haitianos

275

Tabla 3

Participantes Etapa Confirmación de Hallazgos 2016

Participantes Confirmación Hallazgos Total: 32	Información Sociodemográfica
Autoridades Locales: 13 (9 Entrevistas Individuales y 2 Entrevistas Bipersonales)	Sexo: 7 mujeres, 6 hombres Rango de Edad: 24-59, Promedio: 39,77 años
Directores de Centros de Salud: 4 (4 Entrevistas Individuales)	Sexo: 2 mujeres, 2 hombres Rango de Edad: 28 -64, Promedio: 47,25 años
Funcionarios o Trabajadores de Centros de Salud Primaria: 8 (1 grupo focal)	Sexo: 2 mujeres, 6 hombres Rango de Edad: 30-57, Promedio: 45,11 años
Migrantes Internacionales: 7 (5 Entrevistas Individuales y 1 Entrevista Bipersonal)	Sexo: mujeres, hombres Rango de Edad: - , Promedio: años

Estrategias de Análisis

Toda la información proveniente del trabajo de campo se convirtió en material escrito, las entrevistas individuales, bipersonales y grupos focales fueron transcritos palabra por palabra. El material escrito fue analizado a través de análisis temático (7), utilizando el software NVivo 10. La creación del libro de códigos se contextualizó en el modelo de determinantes sociales de la salud, según los objetivos específicos del proyecto Fondecyt 11130042.

Consideraciones éticas

El proyecto Fondecyt 11130042 fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad del Desarrollo y por el comité de ética de la comisión nacional de investigación de ciencia y tecnología (CONICYT), Gobierno de Chile.

3. Descripción Metodológica Cuantitativa Espacial

Para medir la vulnerabilidad de los inmigrantes internacionales en Chile y compararla con población local desde un punto de vista espacial, se utilizó el índice de deprivación múltiple desarrollado a partir de la década de los '70 en países europeos (ver capítulo 7). Este indicador nos permite aproximarnos a la vulnerabilidad desde una perspectiva multidimensional y, considerando las bases de datos censales de las que se dispone, se puede hacer un análisis de esta deprivación en términos generales a lo largo del tiempo.

La distribución del indicador de vulnerabilidad va en un rango de 0 (menos vulnerable) a 1 (mayor vulnerabilidad). El mapa que se muestra en la siguiente sección corresponde a la distribución de vulnerabilidad considerando un índice de deprivación múltiple basado en 3 variables sociodemográficas: personas con discapacidad, personas desempleadas y personas que reportan bajo nivel de educación, para el año 2002, de acuerdo a la disponibilidad de datos del último censo oficial en Chile. Este indicador se calculó para la población total y para los inmigrantes internacionales para cada una de las 8 comunas del estudio Fondecyt 11130042. En ambos casos la escala de análisis es la manzana censal, correspondiente a la máxima desagregación territorial urbana y por ello nos permite realizar un análisis espacial de detalle.

Estos resultados se presentan en esta sección en forma de mapas para cada comuna del país incluida como estudio de caso, y para cada una de las dimensiones disponibles (desempleo, discapacidad, bajo nivel de educación), tanto para la población inmigrante como para la población general.

276

4. Estructura de Capítulos

Para finalizar la descripción de la sección III de este libro, los ocho estudios de caso, comprendidos en esta sección, contemplan la presentación de algunos antecedentes generales de cada comuna, extraídos de documentos oficiales y complementados con información generada por el proyecto Fondecyt 11130042. Luego se analiza la vulnerabilidad social de la comuna, haciendo especial énfasis en la información obtenida en relación a la comunidad migrante, para posteriormente profundizar en los aspectos de salud y bienestar. Hacia el final del capítulo se presentan dos historias de migrantes que viven en la comuna y reflejan algunas problemáticas comunes de este grupo. El capítulo concluye con una sección de desafíos pendientes en torno a migración y salud en la comuna y algunas recomendaciones para hacer frente a los mismos. Los siete apartados de cada capítulo se detallan en la siguiente Tabla 4.

Tabla 4

Descripción de secciones que componen los capítulos de libro de esta sección

SECCIÓN	CONTENIDOS	FUENTES DE INFORMACIÓN
SECCIÓN 1. ANTECEDENTES COMUNALES	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción general de la comuna • Mapa general de la comuna • Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce • Dos fotos seleccionadas de la comuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Información oficial divulgada principalmente por el Gobierno Local de cada Comuna. • Mapas generados en el proyecto Fondecyt 11130042, los cuales incluyen fuente de referencia. • Fotografías pertenecientes al proyecto Fondecyt 11130042, capturadas en espacios públicos de cada comuna.
SECCIÓN 2. VULNERABILIDAD SOCIAL DE LA COMUNA	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna • Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna • Mapa espacial de la vulnerabilidad social de la comuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Información oficial divulgada principalmente por el Gobierno Local de cada Comuna. • Hallazgos estudio de caso realizado en cada comuna, en el contexto del proyecto Fondecyt 11130042. • Mapas generados en el proyecto Fondecyt 11130042, los cuales incluyen fuente de referencia. • Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna, generado en el proyecto Fondecyt 11130042.
SECCIÓN 3. LA SALUD DE LA COMUNA	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción general de la salud de la comuna • Mapa de red asistencial pública en la comuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Información oficial divulgada principalmente por el Gobierno Local de cada Comuna y el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. • Hallazgos estudio de caso realizado en cada comuna, en el contexto del proyecto Fondecyt 11130042. • Mapas generados en el proyecto Fondecyt 11130042, los cuales incluyen fuente de referencia.
SECCIÓN 4. HISTORIAS DE INMIGRANTES DE LA COMUNA Y SU RELACIÓN CON SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas • La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad • Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos estudio de caso realizado en cada comuna, en el contexto del proyecto Fondecyt 11130042.
SECCIÓN 5. MINIBIOGRAFÍAS DE INMIGRANTES DE LA COMUNA	<ul style="list-style-type: none"> • Historias de migrantes que viven en la comuna y reflejan algunas problemáticas comunes de este grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos estudio de caso realizado en cada comuna, en el contexto del proyecto Fondecyt 11130042.
SECCIÓN 6. FIGURA RESUMEN DEL CAPÍTULO	<p>El resumen está confeccionado en torno a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es la comuna? • ¿Cómo viven los inmigrantes aquí? • ¿Qué falta mejorar? 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes presentados a lo largo del Capítulo.

SECCIÓN 7. RECOMENDACIONES PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS INMIGRANTES EN LA COMUNA	Las recomendaciones se dividen de acuerdo a las siguientes temáticas: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Salud • Comunidad • Trabajo Intersectorial • Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes presentados a lo largo del Capítulo.
--	--	---

5. Agradecimientos

Los primeros ocho capítulos presentados en esta sección contaron con el valioso aporte de ayudantes de investigación de pregrado de las carreras de Medicina, Odontología y Enfermería de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (en orden alfabético):

- Aguirre, Javiera
- Ahumada, Javiera
- Bartsch, Francisca
- Behar, Diamante
- Beltran, Fernanda
- Córdova, Paula
- Garrido, María Ignacia
- Jaramillo, Francisca
- Moena, Olaya
- Muñoz, Vesna
- Payacán, Andrea
- Pérez, Josefina
- Rodríguez, Nicole
- Seguel, Francisco
- Sepúlveda, Cecilia
- Siebold, Macarena
- Troncoso, Paula
- Vieyra, Macarena

6. Referencias

1. Lincoln Y. Sympathetic Connections between Qualitative Methods and Health Research. *Qualitative health research*. 1992;2(4):375-91.
2. Creswell J. Philosophical, Paradigm, and Interpretative Frameworks. In: Creswell J, editor. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage; 2007. p. 15-34.
3. Vasquez A, Cabieses B, Tunstall H. Where Are Socioeconomically Deprived Immigrants Located in Chile? A Spatial Analysis of Census Data Using an Index of Multiple Deprivation from the Last Three Decades (1992-2012). *PloS one*. 2016;11(1):e0146047. Epub 2016/01/13.
4. MINSAL; FONASA; Salud; Sd. Orientaciones Técnicas: Programa Piloto de Salud de Inmigrantes. In: Chile Gd, editor. Santiago: MINSAL; 2015.
5. Cabieses B. Developing intelligence in primary health care among international migrants in Chile: a multi-methods study. Santiago: Fondecyt; 2013-2017.
6. Patton M. Variety in Qualitative Inquiry: Theoretical Orientations. In: Patton M, editor. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage; 2002.
7. Thomas D. A general inductive approach for qualitative data analysis 2003 April 4, 2011: [1-11 pp.]. Available from: http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/centres/hrmas_docs/Inductive2003.pdf.



Capítulo 14

Estudio de Caso: Comuna de Arica



Macarena Chepo, MSc(c)

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Ana M McIntyre, MSc

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

José Tomás Vicuña, BSc

Estudiante Jesuita, Director de la oficina de Arica del Servicio Jesuita a Migrantes desde Enero 2012 a diciembre 2014.

1. Cuadro Resumen

a) **Cómo es la comuna de Arica?**

- Es una comuna que históricamente se ha definido como “en tránsito”, vinculado principalmente a actividades comerciales. Existe un fuerte nexo con la ciudad de Tacna, dado contexto legislativo en el marco de acuerdos fronterizos. Destaca la creciente demanda de chilenos por resolutivez médica con el Hospital de la Solidaridad de Tacna.
- Las fuentes laborales de la ciudad se destinan principalmente a actividades de comercio y agropecuarias, lo que requiere una creciente mano de obra no calificada, que muchas veces va acompañada de una situación migratoria en tránsito, lo que no permite tener contrato, ni condiciones laborales exigibles.
- Resulta preocupante los indicadores de salud percibidos por las autoridades para infecciones de transmisión sexual y otras infectocontagiosas como tuberculosis, que posicionan a Arica como una comuna que requiere una fuerte vigilancia epidemiológica.

b) **¿Cómo viven los inmigrantes en esta comuna?**

- Arica tiene historia antigua y reciente de integración de pobladores provenientes de otros países: se observa una importante cantidad de migrantes en las calles, en los comercios, en servicios, especialmente de origen peruano y boliviano, sumando los últimos años a colombianos y haitianos.
- En torno a las condiciones de vida de los migrantes, se repiten los mismos problemas que enfrentan en otras comunas del país: barreras de acceso a salud, condiciones de vida deficientes, inseguridad y abuso laboral, lentitud de trámites migratorios.
- En esta comuna en particular, dicha lentitud de regularización de residencia, muchas veces se debe a los propios migrantes, quienes al amparo de una legislación especial no inician los trámites para regularizar su condición.
- Existe tensión social con la incorporación de población migrante en centros de salud, asociado aparentemente a prejuicios y estigmatización de la población migrante. A lo anterior se suman barreras administrativas y digitales relacionadas con falta de inscripción de migrantes, especialmente aquellos en situación irregular. Esta situación conlleva desconocimiento de los principales problemas de salud y estadísticas en general de esta población.

c) **¿Qué falta mejorar?**

- Los problemas asociados a falta de regularización de la situación migratoria y laboral, entendiéndolo como una barrera de acceso a beneficios, ya sea laborales, legales y/o sanitarios.
- La condición de vulnerabilidad que otorga la cadena: situación migratoria irregular/vulnerabilidad social/trabajo precario/falta de acceso a atención de salud/salud física y mental deficiente/malas condiciones de vida/manifestaciones psicosociales y familiares.
- El estigma hacia población migrante por parte del personal de salud, condición que pudiera conllevar a escenarios de discriminación que dificultarían el acceso a salud.
- Los problemas de financiamiento en APS derivados de la “población migrante flotante” (sin rut), situación que genera tensión permanente en los centros de salud, dada la ausencia de un presupuesto asignado para cubrir los costos sanitarios asociados a las atenciones a personas en situación migratoria irregular.
- La falta de estrategias que permitan a los niños en situación irregular continuar sus estudios (fenómeno del niño transeúnte).
- La pesquisa y tratamiento efectivo para enfermedades infectocontagiosas, especialmente en aquellas personas no inscritas en los Centros de Salud.

d) **Palabras clave:** Arica, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Arica se ubica en la XV Región de Arica y Parinacota ($18^{\circ}28'30''S$, $70^{\circ}18'52''O$), a 2000 kms. de la capital de Chile, Santiago. Limita al norte con Perú, a una distancia de 56,7 kms. de la ciudad de Tacna, al sur con la región de Tarapacá (a 309 kms. de la capital Iquique), al este con Bolivia y al Oeste con el Océano Pacífico, todas éstas fronteras políticas más que barreras geográficas que favorecen el tránsito permanente con los países vecinos (1).

La comuna tiene una superficie de 4.799 km² y una altitud de 38 msnm (2). Su capital es la ciudad de Arica, fundada en 1541 por Lucas Martínez Vegaso. En términos geográficos, Arica es una ciudad árida, presenta un clima predominantemente desértico costero, con temperaturas que promedian los 18°C durante todo el año, con escasa variación (1).

De acuerdo a las proyecciones de población, esta comuna presentaría aproximadamente 175 mil habitantes el año 2013, lo que representa el 97,7% de la población proyectada para la región de Arica y Parinacota y 1% del país (3).

Entre los aspectos históricos importantes para Arica, se encuentra la presencia de la cultura Chinchorro, Aymara y Quechua, quienes poblaron el sector mucho antes que la llegada de colonos españoles. Como con frecuencia sucede en el territorio norte de Chile, Arica ha tenido variadas migraciones: dentro de la migración extranjera se encuentran peruanos y bolivianos, quienes son estables en el tiempo. Dentro de la migración interna, en tanto, se observa el paso del pampino que proviene de sectores aledaños y del chileno del sur que llega a establecerse en diversas actividades comerciales y laborales. Estas comunidades van conformando la trama social de la comuna (1).

La capital regional cumple un rol relevante en las interrelaciones entre Chile y sus países vecinos (Perú y Bolivia). Esta interacción se produce predominantemente por medio de la actividad comercial y agrícola, situación que implica una constante movilidad de muchos habitantes entre los pasos fronterizos. Por otra parte, este flujo se comprende en el marco de una historia ancestral de tránsito, con vestigios indígenas que datan desde hace 11 mil años, para luego continuar con rutas comerciales que cruzaban ancestralmente la zona durante el periodo incaico (1).

En 1879 Chile le declara la guerra a Perú y Bolivia llevándose a cabo la Toma del Morro de Arica en 1890. Luego del Tratado de Ancón la ciudad pasó formalmente a administración chilena (1). Posteriormente, con la definición de los límites fronterizos tras la Guerra del Pacífico, se establece una situación que trajo consigo importantes movilizaciones y violencia en el marco de un proceso de nacionalización (4).

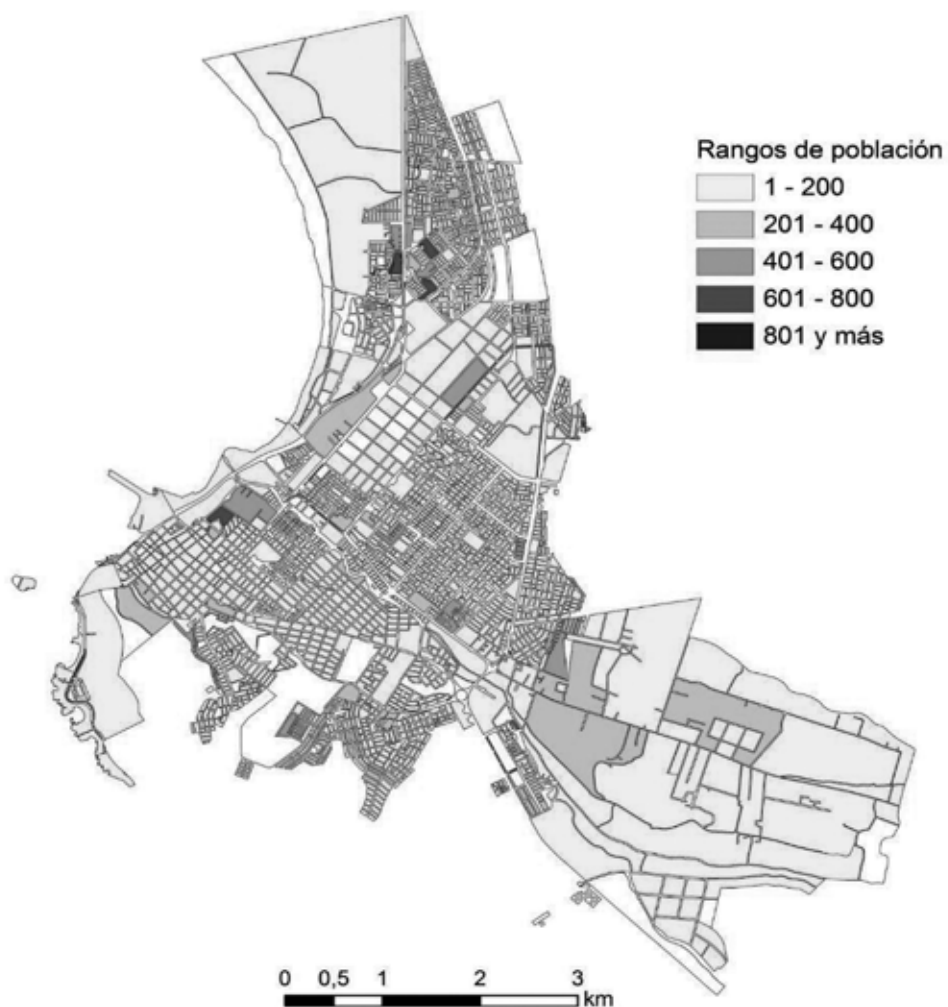
De acuerdo al INE 2014 (5), la fuerza de trabajo se concentra en actividades vinculadas al comercio (al mayor y por menor), seguido por agricultura, ganadería, caza y silvicultura. Resalta la venta de aceitunas, especialmente las de Azapa.

La figura 1 muestra valores absolutos de la población total que reside en las manzanas censales de cada comuna para el año 2002. La figura 2 describe en valores absolutos la población migrante internacional que reside en esta comuna para el año 2002.

Figura 1.

Mapa general de la comuna de Arica, descripción espacial de su población total según datos censales 2002

Población total Arica por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 2.

Mapa general de la comuna de Arica, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002

Población inmigrante en Arica por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

De acuerdo con la encuesta CASEN 2013 (6) la región ocupa el 5to lugar nacional en cantidad de población migrante (8.018 habitantes), lo cual equivale a un 4,7% de la población regional y a un 2,3% del país, cifra que habría presentado un incremento respecto al año 2009 (6.594 habitantes).

Un fenómeno migratorio importante observado en Arica es el **tránsito permanente entre Tacna (Perú) y Arica**. En este contexto, los movimientos migratorios se relacionan con actividades comerciales entre ambas ciudades, desarrollándose, por consecuencia, dinámicas variables de movilidad, como trabajar de lunes a viernes en Chile, acceder a Tacna en búsqueda de consultas médicas, comercio a bajo costo, entre otros (8).

En el marco de la información cualitativa del Proyecto FONDECYT 1130042 se realizaron entrevistas semiestructuradas. La percepción de uno de los informantes clave coincide con ésta visión:

Habría que distinguir entre los migrantes residentes, que son 14.577 según una estimación del departamento de extranjería. A los migrantes temporales que se dividen en 2; en los que tienen una visa temporal, que son unos 3000... y los que circulan... sea por meses, por semanas con una visa turismo que son unos 7 a 8 mil entonces... son unos 24mil por ahí, 23mil, entonces es el 10% de la comuna. **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Respecto a cifras entregadas por Extranjería (9) el año 2014 un total de 2939 personas solicitaron visa transitoria en la comuna de Arica, provenientes principalmente desde Bolivia (49,16%), Perú (39,91%), Colombia (5,2%) y Ecuador (1,19%). Respecto a su distribución por sexo, 46,54% sexo femenino y 53,45% del sexo masculino. Según edad, en su mayoría pertenecen al tramo de 21 a 30 años (40,04%), seguido de 31 a 59 años (35,28%). Del resto, un 12,72% tiene entre 11 y 20 años de edad, 6,29% de 5 a 10 años, 3,77% son menores de 5 años y finalmente 1,87% tienen 60 años y más. De acuerdo a las principales actividades, un 71,80% declaró ser empleado o empleado doméstico, 13,09% estudiantes, 4,45% dueña de casa, 2,58% obrero o jornalero, 2,21% inactivos y un 2,82% no informó su ocupación.

Según la mirada de participantes residentes en Arica, hay una parte de la población migrante que **vive en la comuna mientras trabaja de lunes a viernes y el día que tiene libre vuelve a su país**, sin regularizar su situación migratoria por prolongados espacios de tiempo. El tránsito constante de gran parte de los habitantes ha sido una constante desde siempre:

Una comuna que es centro de la región, una comuna dormitorio, acá hay 10.000 ariqueños que trabajan en minería fuera de la comuna y a la vez vimos recién unos 24 mil... 23 mil migrantes que algunos residen ya acá, pero hay muchos que circulan por acá y no sólo ellos... sino que también el comercio, las matuteras bolivianas, el puerto recibe más de 4.500 choferes distintos al año que son bolivianos, el 70% de la demanda de los puertos de Bolivia, entonces es una comuna que se mueve. **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Las personas extranjeras que solicitaron permanencia definitiva para el 2014, fueron un total de 1212, de las cuales en su mayoría son del sexo femenino (51,32%), principalmente provienen de Bolivia (54,37%) seguido de Perú (37,21%), predominantemente comprenden las edades entre 21 y 30 años (35,72%), seguido de 31 a 59 años (37,46), ocupación empleado-empleado doméstico (52,80%) y en su mayoría, de los informados (n=1152, 95,04% del total), con nivel educacional medio (47,19%).

Un elemento distintivo para la Región de Arica y Parinacota comparado con el resto del país es la vinculación entre el **envejecimiento de la población** y el porcentaje de población migrante internacional, situación que actuaría como factor de atracción de migración laboral (8). Este fenómeno se evidencia al comparar las tasas de envejecimiento y el porcentaje de población migrante, acompañado de una baja tasa de crecimiento poblacional.

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

De acuerdo a cifras de la CASEN 2013 (9), la región de Arica y Parinacota se presenta con indicadores de vulnerabilidad social cercanos al promedio nacional: casi similar porcentaje de hogares en situación de pobreza por ingresos (11,7% versus el 12,8% nacional, ocupando el 9vo lugar país). Un escenario similar ocurre en el porcentaje de personas en situación de pobreza extrema según ingresos (4,7% versus 4,5% nacional). Pese a lo anterior, si se considera el indicador de **pobreza multidimensional**, el porcentaje de hogares en condición de pobreza alcanza un 20,1%, cifra mayor a la nacional (16%), ocupando el 4to lugar nivel país, primando en este indicador el trabajo (32,5%) vivienda (27,4%), educación (27,8%) y salud (12,2%) (9).

Desde la perspectiva del promedio de familias que viven en **campamentos** al año 2015 (10), la región de Arica y Parinacota posee 196 familias, distribuidas en 6 campamentos, de las cuales un 95,8% de las viviendas no tendría acceso formal al agua potable. De acuerdo a su composición, destaca que un 63,8% de los hogares declara pertenencia a algún pueblo indígena, principalmente Aymara (55,2%) y en un 28% de los casos los jefes de hogar declaran ser extranjeros.

Respecto a los hallazgos obtenidos a través de entrevistas a autoridades comunales, realizadas en el marco de recolección de datos cualitativos del Proyecto FONDECYT 11130042, se percibe que las principales necesidades sociales de la comuna están asociadas a aspectos económicos, principalmente las relacionadas con el empleo, **la pobreza y centralización** de las decisiones a nivel nacional. Una queja recurrente es que las decisiones se toman en Santiago, lo que impacta mucho a la región, ya sea en términos de tiempo como de falta a de perspectiva local, incluso algunos entrevistados señalan que el estado y las leyes chilenas se pierden en esta ciudad fronteriza y tan lejana a Santiago, una especie de **difusión de la soberanía política** reinante en la región.

Se podría traducir más bien en excesiva dependencia de decisiones tomadas en Santiago, el centro del país, centralismo digamos, un centralismo marcado en el tema de las decisiones.... **Entrevista 43, Autoridad Local, Diciembre 2014**

Hay una integración interna y una integración externa sea con los países vecinos por ser ciudad fronteriza o con las otras regiones de Chile. Acá yo siento que el estado ya desaparece... **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Pobreza, falta de empleo de calidad, inexistencia de una actividad económica sustentable de largo plazo, la gran lejanía del centro del país, la quinta que se deriva de la anterior es la falta de autonomía de decisiones locales... **Entrevista 43, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

285

Por otra parte, en el ámbito **vivienda**, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, en la comuna de Arica la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es mayor que el promedio país, sin embargo, en las condiciones de saneamiento, la comuna se ubica en mejores condiciones que el promedio nacional (3).

Según relatan autoridades y participantes entrevistados, el lugar en el que se instalan los migrantes suele ser en el casco antiguo de la ciudad, sub arrendando por piezas, muchas veces en una casona antigua. O bien en un campamento localizado en sectores que bordean la ciudad, las viviendas, de material ligero se edifican mediante autoconstrucción, en sitios tomados de manera ilegal. En ambos casos, las condiciones de vida y servicios básicos son muy deficientes y en el caso de los campamentos son inexistentes. En el marco de los determinantes sociales de la salud, estas **condiciones de vida** son el caldo de cultivo para numerosos problemas sanitarios y sociales.

Eeehh, ahí tomándonos un terreno para vivir. Entonces ahí no más yo me instalé y mis hijos también me ayudaron a instalar mi casita. Entonces ahí me instalé y ahí estoy hasta ahora. Y usted ya ve, estoy como 4 años más o menos ya ahí... **Entrevista 38, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014**

Una situación especialmente preocupante es la tasa de denuncias por delito de **Violencia Intrafamiliar**, la cual alcanza los 989 casos por 100 mil habitantes, cifra mayor a la nacional (650 por 100 mil habitantes). Misma comparación presenta la tasa de casos policiales por delitos de mayor connotación social por cada 100.000 habitantes, alcanzando 3.936 versus la cifra nacional 3.434 habitantes (3). Una de las autoridades de CESFAM de la comuna reconoce a la violencia intrafamiliar como un problema dentro de la comuna, vinculada a otros factores, como alcoholismo.

Todo es una cadena de problemas... la realidad social que tienen muchas familias de nuestro sector, están insertos estos elementos, el alcoholismo fundamentalmente, que ya es una fuente de violencia, entonces yo creo que no es otra cosa que los determinantes sociales que nosotros tenemos acá, que son las que digamos, además no cierto aparecen estos elementos de la violencia... **Entrevista 44, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Por otra parte, el **embarazo adolescente**, es otro indicador de vulnerabilidad social y registra elevadas tasas de prevalencia en la región de Tarapacá, situándose dentro de los tres primeros lugares a nivel nacional (11). Lo anterior se condice con la percepción de una autoridad de ONG, la cual reconoce que el fenómeno del embarazo adolescente es muy frecuente. Existe poca información estadística de embarazo adolescente en personas migrantes.

El embarazo adolescente; es la primera o segunda región con tasa más alta de embarazo adolescente. Es muy difícil encontrar a alguien acá de 20 años incluso 22, siendo exagerado, sin guagua... **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

En la figura 3 se presenta la distribución de vulnerabilidad social en población total comunal por manzana censal para el año 2002. La figura 4 presenta la misma información pero solo para migrantes internacionales en el año 2002.

El mapa de Distribución de vulnerabilidad en Arica 2002 señala una composición heterogénea de la vulnerabilidad de la población total de la ciudad. Espacialmente, la zona céntrica de la ciudad de Arica presenta una mayor mixtura de vulnerabilidades, dispersándose en la zona central y norte de la ciudad, sin que haya una zona específica que concentre la población más vulnerable.

No obstante, vulnerabilidades de menor rango (gama de verdes) se encuentran en la zona suroeste de la ciudad, en tanto la zona norte y sur próxima a la costa es la que presenta una menor vulnerabilidad.

En la figura que muestra la distribución espacial de la vulnerabilidad de inmigrantes en Arica, se desdibuja la heterogeneidad que presentaba el Índice de Deprivación Múltiple anterior, concentrándose en esta oportunidad en zonas específicas de la ciudad, tales como: algunas manzanas del centro de la ciudad y hacia el sector suroeste, patrón que no se distingue con tanta fuerza cuando se analiza la distribución espacial de vulnerabilidad en la población total.

En resumen, la distribución espacial de la vulnerabilidad en Arica sigue un patrón que tiende a la dispersión y a la heterogeneidad cuando se considera la población total, en tanto, cuando se analizan los patrones espaciales de la vulnerabilidad relativa a migrantes aparecen como nichos específicos al interior de la ciudad, los que no necesariamente coinciden con las zonas de mayor vulnerabilidad cuando se analiza la población en su totalidad.

Figura 3

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Arica respecto de su población total, datos censales 2002

Distribución de vulnerabilidad en Arica 2002

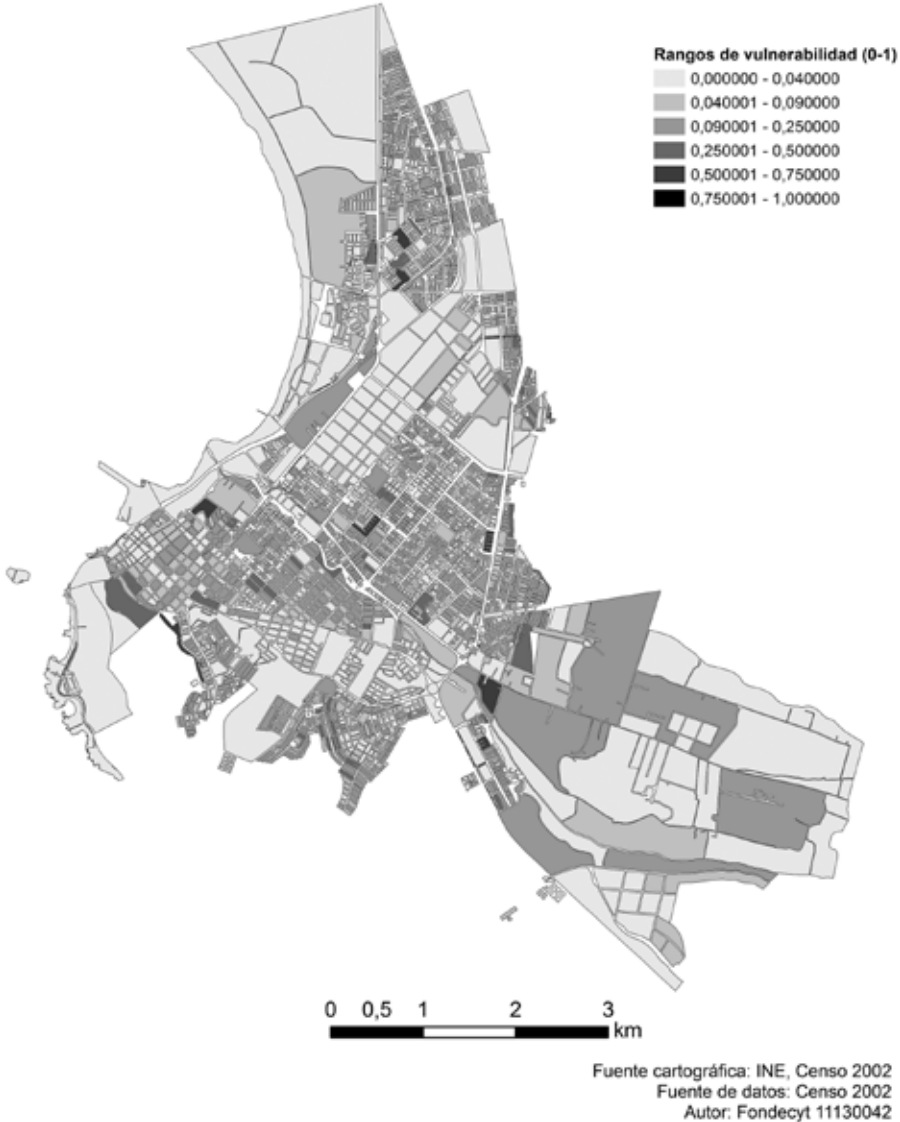
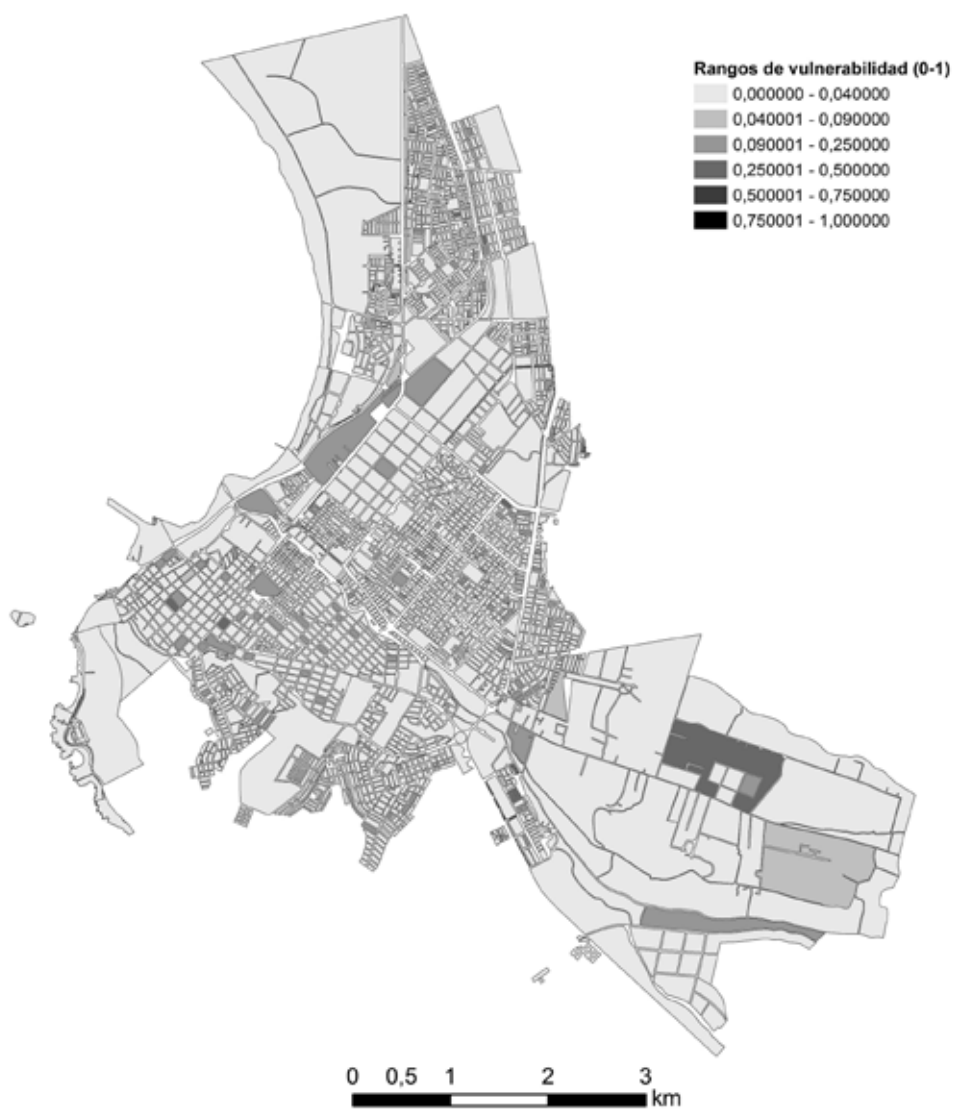


Figura 4

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Arica respecto de su población migrante internacional, datos censales 2002

Distribución de vulnerabilidad de inmigrantes en Arica 2002



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

4. La salud de la comuna

4.1. 4.1 Descripción general de la salud de la comuna

De acuerdo a la ENS 2009-2010 (12), Arica se presenta, comparado con el promedio país, como una comuna con **indicadores favorables de salud**: menor discapacidad, menor prevalencia de síntomas depresivos, menores valores de presión arterial, entre otros. Destaca, además, que las personas manifiestan que su salud es “muy buena” en un porcentaje significativamente mayor al promedio nacional. Como contraparte, dentro de los principales problemas de salud destacan el sedentarismo (4to lugar a nivel nacional, precedido por la I, II y la V región), elevado número de víctimas de actos violentos (4to lugar a nivel nacional, con alrededor del 14%), mayor prevalencia nivel país de déficit de vitamina B12 en adultos mayores (35,9%), y elevada prevalencia de fracturas (4to lugar país, con un 21,2%).

En relación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (13), la Región de Arica ocupa el segundo lugar nacional en la tasa de incidencia de **Tuberculosis** (TBC) para el año 2012, precedido por la región de Tarapacá (32 versus 31 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). Por otra parte, la región de Arica presenta una alta tasa de notificación de infecciones de transmisión sexual, tanto de VIH como de SIDA, triplicando la tasa nacional en los años 2008-2012 (tasa de 70,3 por 100 mil habitantes, comparado con el total país para el mismo periodo, 24,7 por 100 mil habitantes). En el marco del Proyecto FONDECYT 11130042, se realizan entrevistas semiestructuradas a las autoridades comunales y trabajadores de salud en el primer viaje a Arica (2014). En éstas se percibe una inquietud respecto a la presencia de casos de VIH detectados sin tratamiento y a los que pudiesen estar indetectados, todo ello dentro de la población migrante. Esta preocupación es reiterada dentro de los trabajadores de salud entrevistados por presentarse como un riesgo importante de contagios y diseminación:

Existen extranjeros que son VIH (+), nosotros atendemos como CESFAM, pero todo el tratamiento por ser auge no se da porque... se accede con Rut....A eso yo me refiero, que haya plata especial para eso... I: ¿Es mucha la gente VIH ustedes creen? Debiera ser mucha, es difícil la pesquisa, ósea lo más probable es que sean muchos... Son muchos. **Entrevista 45, Grupo Focal de Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Para el caso de la **Sífilis**, la tasa de notificación alcanza un 52,9 por 100 mil personas, siendo **la más alta a nivel país**, seguida por Tarapacá con un 46,5. En relación a la **Gonorrea**, Arica presenta la **tercera tasa más elevada a nivel país**, con un 17,1 por 100 mil habitantes. Respecto a Hepatitis A, la comuna ocupa el segundo lugar a nivel nacional con una tasa de 17,6 por 100 mil habitantes (13)

289

Cabe destacar que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica cuenta con estrategias de pesquisa, diagnóstico y tratamiento implementadas en distintos niveles, especialmente APS, donde para acceder, basta con estar inscrito en el Centro de Salud de referencia, situación compleja especialmente para la población migrante en condición migratoria irregular.

Las cifras anteriormente expuestas, se relacionan con lo percibido por autoridades de centros de salud primaria de la comuna (resultados cualitativos proyecto FONDECYT 11130042), quienes manifiestan que uno de los principales problemas sociales y de salud de la comuna es la **Tuberculosis** (TBC) y el **VIH/SIDA**. Algunos participantes señalan que estas situaciones se verían potenciadas por las condiciones geográficas de la comuna, indicadores económicos y volumen de población indígena migrante.

Ésta es una población tripartita entre [Chile] Bolivia y Perú, donde las tasas más altas en Sudamérica de tuberculosis las tenemos en Bolivia, y nosotros tenemos una tasa de inmigración con Bolivia muy alta, específicamente en el sector del área rural nuestra, entonces hay una asociación. **Entrevista 44, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

La visión que tienen las autoridades municipales coincide con las aprehensiones que se encuentran entre los trabajadores de salud y directores de CESFAM:

Mira problemas de salud predominantes, yo diría que tenemos dos enfermedades que en Arica son altas que en el resto del país, que son la tuberculosis y el VIH, pero en el resto de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades degenerativas, metabólicas, no veo aparecer nada que nos diferencia al resto del país, o sea no hay un grupo de enfermedades que nos haga diferentes al resto del país, salvo el VIH que tenemos una tasa más alta y la tuberculosis en que las tasas son mayores, tasas altas en incidencia y prevalencia. **Entrevista 43, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Se percibe que muchas patologías tendrían igual distribución que en el resto del territorio nacional. Algunas autoridades de salud expresan preocupación porque Arica parece presentar algunos riesgos específicos por su ubicación y características especiales dentro de Chile, en particular una asociación entre pertenencia al pueblo Aymara y contagio con TBC:

Específicamente el VIH, TBC, hay estudios en esta región respecto a la condición de tener pertenencia específicamente a la raza Aymara, dice que la condición de pertenecer a la cultura Aymara aparentemente... hay una relación de mayor incidencia en esa población... el tema de inmigración tiene que ser un factor (...) La inmigración rural hacia lo urbano, precisamente son Aymaras que llegan acá y viven en condiciones de extrema pobreza que también ahí hay una relación con determinantes sociales respecto a la TBC. **Entrevista 44, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Por otra parte, mediante la metodología de investigación cualitativa, se da cuenta de las percepciones y creencias de los funcionarios o trabajadores de salud de Arica respecto a las condiciones que facilitan la transmisión de VIH es el contacto permanente con personas extranjeras asociado a la condición de vivir en una zona fronteriza.

Respecto al VIH, (Arica) es una ciudad muy cosmopolita, tiene mucho contacto con el factor extranjero, ingresa mucha gente del exterior, entonces aparentemente (Arica) es una zona que, con este tipo de circunstancias, hace que ... tengamos una tasa de VIH, que creo que es la más alta del país en estos minutos en Arica. Entonces quizás faltan estudios como para poderlo corroborar, pero al menos lo que se maneja a nivel nuestro, que son esos elementos. **Entrevista 44, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

En este escenario, la autoridad considera que la implementación del Programa de Detección y tratamiento de Tuberculosis ha sido exitoso. Sin embargo, se plantea como pendiente el desarrollo de estrategias de **pesquisa de nuevos casos de TBC**.

Nosotros en Arica tenemos un programa de TBC y es fundamental, se maneja, tenemos controlado, llevamos un registro completo de la importancia, sabemos quiénes son nuestros pacientes inasistentes, resistentes al tratamiento, hacemos las visitas, ese es uno de los programas clave de Arica, y que lo tenemos completamente controlado, tenemos por supuesto problemas que se generan con la inasistencia más que nada, en que fallamos sigue siendo la cobertura, quizás la pesquisa, la incidencia todavía falla, sabemos que hay más casos ocultos, quizás es uno de nuestros grandes problemas pero el punto de vista que tenemos bajo control la tenemos completamente tratada. **Entrevista 44, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Hay sin duda necesidades como de mejor calidad de servicio. Esto no está relacionado sólo con la población migrante, sino con toda la población que vive en Arica. Un ejemplo de esto es que conozco a tres mujeres que las habían diagnosticado con cáncer de mamas acá, que les iban a extirpar [las mamas] y fueron para Santiago a hacerse otro chequeo y le dijeron "usted no tiene cáncer de mamas" o sea ni siquiera... "no hay necesidad de extirparlo". Aquí, se manifiesta más la mala atención, los errados diagnósticos." **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Respecto al reporte de **enfermedades crónicas** no transmisibles del MINSAL (2011) (14) la Región de Arica y Parinacota reporta como primera causa de muerte aquellas vinculadas a cánceres (tasa de 134,8 por 100 mil habitantes, para ambos sexos al año 2009). Por otra parte, Voces de organizaciones no gubernamentales (ONGs) religiosas que ejercen funciones de nexo, apoyo y soporte entre Migrantes y Comunidad Local, señalan que un problema importante es la **calidad de la salud que se reciben en la Comuna de Arica, situación que impacta tanto a chilenos como a población migrante**. En gran medida estas dificultades se reportan como retraso y lentitud de obtención de horas de especialistas, lo que acarrea problemas en esclarecer diagnósticos y tratamientos en patologías importantes y en ocasiones urgentes, entre otros factores.

Un aspecto importante a destacar es la alta concurrencia de personas desde Chile al **Hospital de la Solidaridad ubicado en la ciudad de Tacna**, Perú. Este centro, con dos pisos construidos y un total de 67 box de atención para pacientes (15) cuenta con alrededor de 38 especialidades médicas (16), se ha posicionado como un foco de interés por la población chilena (15)(17) concentrando, en algunos casos, entre el 40% y 60% de la demanda por día. Las razones atribuidas son los bajos costos de las prestaciones y la disponibilidad de horas médicas. (15)

Ante las numerosas referencias a este ir y venir a Tacna por motivos de salud detectadas en el primer viaje a Arica en el año 2014, se indaga el tema de manera específica en el viaje el año 2016, ya en etapa de confirmación. Los hallazgos presentados confirman que el uso de este hospital cumple un rol importante para el acceso a la salud de la comuna de Arica, el hecho de acudir al Hospital de la Solidaridad es **transversal a chilenos y migrantes** y también está presente en las otras regiones del norte de Chile en menor proporción.

El día que menos pasan personas a Tacna son diez mil!! El que menos pasan...Ya lo tienen tan incorporado que es obvio... Salir al extranjero es ir Arequipa... A Tacna no es salir... Hay una entrevista al director del hospital... los sábados un cincuenta por ciento de la demanda es Chilena. **Entrevista 115, Autoridad Local, Marzo 2016.**

Sobre la temática y el rol que el Hospital de la Tacna cumple en términos sanitarios para la comunidad ariqueña, explican dos trabajadores de salud cuál es su visión:

Uno, por los costos asociados que tienen, que es muy bajo para la población y otro por los tiempos de espera yo creo que deben estar en todo el país. **Entrevista 123, Trabajador de Salud, Mayo 2016.**

El Hospital de la Solidaridad es reconocido incluso por los propios trabajadores de salud en Arica, ésta percepción fue confirmada en el segundo viaje a Arica (2016) durante el proceso de confirmación de hallazgos:

Ellos no se han mudado... no han migrado! En la frontera pasan miles....Eso se ve también mucho en la población chilena... y el Hospital de Tacna es también un centro de especialidades... El que atiende... y por lo barato que resulta... obedece a un tema de especialidades médicas que ver... con nuestra capacidad de resolución. **Entrevista 123, Trabajador de Salud, Mayo 2016.**

El uso del Hospital de la Solidaridad es una práctica reconocida por los funcionarios o trabajadores de los CESFAM y trabajadores de salud en general, quienes entregan detalles de su experiencia personal ante sus problemas de salud, en este caso la obtención de una receta oftalmológica e incluso el despacho de los lentes ópticos.

La gente va y en y en un día resuelven todas sus cosas... E: y es tan así? Que de verdad resuelven todo? Así es!! Siii; van al hospital y pasan no se poh... van al traumatólogo se ven y se hacen todos tus exámenes, radiografía, scanner... lo que sea y después pasan a la vista... y todo... Por ejemplo yo: fui oftalmólogo y acá en FONASA tengo hora para un año más con buena suerte... un año"... "Por ejemplo yo saqué los lentes allá porque voy al oculista y me sacan los lentes y todo en el día! En el mismo día y por un tercio de lo que sale acá..."... "Por ejemplo la micro vale 2000 pesos... y por ejemplo los lentes acá valdrán ciento veinte y allá me costaron cuarenta. **Entrevista 123, Trabajador de Salud, Mayo 2016.**

En el primer viaje a Arica en el marco de la recolección de datos cualitativos se reciben denuncias sobre situaciones de abuso de poder a nivel de fronteras, se pregunta de manera dirigida en la etapa de confirmación de hallazgos en el año 2016, uno de los testimonios relata:

En la parte formal deberíamos decir que no ocurre nada... pero si ocurre... Es de... hay situaciones... pero que ocurran situaciones de discriminación la verdad es que no hemos escuchado (...) Sería muy irresponsable pronunciarse en ese contexto... pero si me puedo pronunciar como chileno y como chileno... Igual he visto irregularidades, me imagino que para la población migrante debe ser peor aún, porque es mucho más fácil hacer ese tipo de situaciones sin que queden enmarcadas... a veces a uno le quitan cosas uno debería tener la posibilidad de recuperar las de pagar impuestos y pasa... "El otro día venía el doctor x** y en la frontera lo hicieron desnudarse y sufrieron ese vejamen... E: y cuál fue la justificación? Porque si eres colombiano puedes traer droga... **Entrevista 123, Trabajador de Salud, Mayo 2016.**

En síntesis, la ciudad de Arica se percibe como un lugar en el cual algunas necesidades sanitarias no alcanzan a ser satisfechas, abarcando éste fenómeno a toda la población, chilena y migrante en su conjunto, pero de una manera mucho más intensa a los migrantes.

Gran parte de la población, tanto chilena como migrante acude al Hospital de la Solidaridad para suplir éstas necesidades. Desde un punto de vista biomédico, llama la atención la alta prevalencia de ciertas enfermedades infectocontagiosas, particularmente TBC y algunas ITS, como, Sífilis, Gonorrea, VIH/SIDA.

Existe la preocupación de que estas enfermedades no se están diagnosticando en su totalidad, dadas las características migratorias ya descritas de la zona, por ende no se estarían controlando adecuadamente.

4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

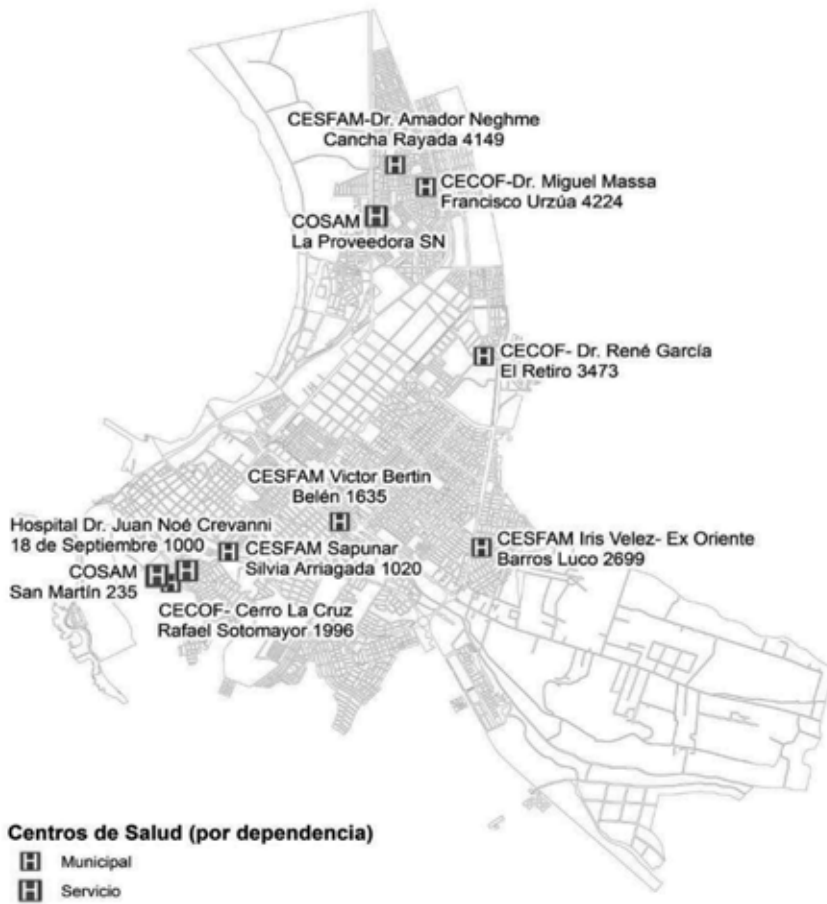
En relación al número de establecimientos de salud de carácter público, la Comuna de Arica cuenta con 1 Hospital Público (Dr. Juan Noé Crevanni), 5 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 3 Postas de Salud Rural, 1 Clínica Dental Móvil, 1 Oficina Sanitaria (Chacalluta), 2 Centros de Atención de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatorios (ESSMA) y 1 Centro de Salud Ambiental. La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013.

Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Figura 5

Mapa de distribución espacial de servicios públicos de salud de la comuna de Arica.

Distribución de Centros de Salud en Arica



5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Los migrantes internacionales participantes del estudio FONDECYT 11130042 tanto en Arica como en otras comunas en general coinciden en que la **motivación para venir a Chile es la búsqueda de progreso económico y trabajo**, abrir horizontes de una mejor vida para ellos y sus familias. Entre participantes colombianos se percibe a Chile como un país tranquilo para trabajar y progresar económicamente.

El primer motivo por mis hijos, para que tuvieran un mejor vivir ... Más que todo acá vivía mi sobrina y para ir para otro lado hay un control, me van a pedir el pasaporte o el papel de turista, no hay como moverme, algunos si se mueven pues a la mala, además que acá también es tranquilo.
Entrevista 41, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.

No es evidente que elijan Arica como destino final dentro del país, dado que muchas veces se encuentran en tránsito, puede ser una **comuna de paso** tanto para probar suerte y establecerse, como para devolverse a su país de origen o en ocasiones para emigrar a otras zonas de Chile.

No bueno porque está la playa cerca, porque tenía la prome... de irme a Santiago, antes de irme a Antofagasta, porque me habían ofrecido trabajo. No me pude ir porque si acá estoy apenas digo, me refiero porque está cerca igual mi familia en Tacna. Y fácilmente puedo irme y traer cosas para vender acá. **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

En caso de elegir quedarse en Chile y/o elegir la ciudad de destino final, las **redes sociales principalmente familiares** parecen ser importantes en ésta decisión.

Y luego que te puedo decir, tomar una decisión, esa fue la mía porque yo al menos hasta ese entonces decía todos los días me voy a ir, me voy, me voy, ya me estoy hartando, ya estoy colapsando así que me voy y después dije pero mi hijo estaba acá, claro que el otro me podía seguir, pero el otro no porque estaba estudiando y dije no basta, tienes que tomar una decisión, te quedas, te quedas y dije me quedo. **Entrevista 40, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Bueno, a mí mi hermano me trajo sola: ganarías bien trabajando... en el trabajo después yo me quede... encontré pareja. **Entrevista 38, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Gran parte de los migrantes entrevistados perciben dificultades para ingresar o permanecer en el país, algunas son de tipo legales como la **obtención de residencia** y trámites administrativos, y otras son referidas a **abusos** que vivenciaron a distintos niveles, por ejemplo en la frontera.

No puede pasar... O que necesita esto y ya... Bueno trae esto después: que no... Llega ese papel no que esto otro, a veces ponen obstáculos teniendo todo para pasar y dicen no, o hay personas que discriminan allá y todo es no, dicen no ustedes quieren pasar a mi país yo no quiero que pasen o tienen que tener por lo menos 500 dólares, si yo tuviera toda esa plata entonces no vendría al país, a veces le piden solvencia que tiene que tener algún estudio, entonces por eso uno busca la manera de pasar a la mala, y estando acá uno tiene que vivir escondido o trabajar en lo que sea, porque sin papeles no puedes trabajar en un trabajo decente. **Entrevista 41, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

En relación al trato que reciben las personas migrantes en la oficina de Extranjería, se indaga durante la etapa de confirmación de hallazgos por haber sido un punto reiterado de percepción de dificultades en las entrevistas de la primera recolección de datos cualitativos. Dentro de la recepción general que se les entrega en Chile a los migrantes, ya sea en el CESFAM como a nivel social o comunitario se percibe una sensación de dificultades en el trato. Uno de los profesionales que trabajan en los CESFAM, que es también de origen migrante, relata su experiencia:

Es que es necesario la actitud del pueblo chileno no era la que yo pensé en ese instante... yo mismo soy migrante y hubo actitudes discriminatorias de mis propios pares entonces para uno es fuerte... digamos ahora uno que tiene este nivel superior de preparación siente ese cambio... y como sentiría una persona de escasos recursos... humilde que llega acá? Ahí en el Departamento de Extranjería... el maltrato a la persona que está haciendo trámites... y sentí el apoyo de un cubano, que se sintió también discriminado, entonces hicimos una carta al gobernador en ese entonces... Queríamos saber si ese personal estado desde el punto de vista psicológico para tratar con migrantes! Cómo ir antes igual los maltratan en ese sentido de trato de palabra y uno lo vive como migrante... **Entrevista 124, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Mayo 2016.**

Por otra parte, existe tensión desde los trabajadores de salud frente a la **integración del pueblo migrante**, la que muchas veces responde a estigmas, dificultades asociadas a las barreras administrativas de inscripción, desconocimiento de la normativa y percepción de la población migrante como una amenaza para la distribución de recursos en Chile. Si bien se identifican escenarios de precariedad en las condiciones de vida, existen discrepancias en reconocer este fenómeno en el marco de vulnerabilidad de salud.

Yo creo que ellos se aprovechan el doble... Ellos conocen la ley mejor que nosotros. Los peruanos tienen problema con lo que es vivienda... Oye todas las casas nuevas son peruanos y bolivianos... No sé, yo desde el punto social digo que tienen problemas de vivienda, de salud, de educación... Pero por ejemplo todos los chilenos tienen que meterse en un comité de vivienda, años esperando, pero acá los extranjeros que tienen carnet chileno tienen casa, departamento... **Entrevista 45, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014**

Por otra parte, existen dificultades en **conocer el total de la población migrante** que consulta en los centros de salud, así como sus las características sociodemográficas y problemas de salud relevantes, entre otros, dado que este registro se vincula con tener regularizada la situación migratoria, lo que representa una barrera al momento de realizar diagnósticos de necesidades e implementación de programas de salud priorizados.

¿Y cuál es la población total beneficiaria de la posta?

Es algo impredecible, justamente estábamos hablando que en la mañana vinieron gente de la Seremi y la verdad que el tema acá... de la población acá de la unidad rural es prácticamente... incierta... **Entrevista 42, Director Centro de Salud, Diciembre 2014**

La percepción en general de los entrevistados es que la experiencia de haber migrado y establecerse en Chile como migrante, es una etapa muy difícil de sus vidas. Se encuentran con numerosas dificultades de integración, entre las cuales la discriminación y la lentitud para acceder a la residencia son las que más se reportan.

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

Lo más llamativo acerca de las condiciones de vida de los inmigrantes en Arica y sus alrededores es el predominio de malas condiciones de **vivienda**: hacinamiento, precariedad, situaciones sanitarias deficientes e instalaciones que pudieran representar un peligro para la salud de las personas.

Pero igual vienen mis hermanos, mis hermanas igual y todos ahí se quedan o mi hija tiene como una cama nido... y a veces en la sala se ponen a dormir ahí. **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

En Arica hay un importante contingente de migrantes que se establecen en el casco antiguo de la ciudad, lo habitual es el arriendo de una habitación por familia en la cual se lleva a cabo toda actividad doméstica: dormitorio, cocina, estar. Hay hacinamiento y condiciones de vida precarias e incluso peligrosas. Así es como la prensa local da cuenta de esta situación, donde existiría preocupación de la comunidad por los riesgos de seguridad que implican algunas residenciales ilegales que albergan principalmente a personas migrantes (18).

No entra mucha luz y tengo que tener prendidas las luces. Igual es un poco peligroso, ¿no? En el sentido de las instalaciones de la luz que me da miedo.... no he buscado nadie que lo arregle eso y me da terror porque está colgando las luces así. Igual es... peligroso. Bueno como somos mi hija y yo, le digo que no toque nada esas cosas no más y me da miedo que ella un día... vaya a haber un incendio. Que a veces vienen mi mamá y dice: va a haber un incendio y después vas a quedar ahí y (respira hondo) ¡Ay no! Le digo, espero que no. Ya, ahí vivimos nosotros... Tenemos un baño compartido... lo compartimos las tres familias... eso es lo malo... Eso es lo único malo porque a veces rápido se ensucia. Hay que lavar a cada rato y entonces la gente no, no lava... **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

También hay migrantes que se establecen en sectores más altos, en las inmediaciones de la ciudad. Ellos generalmente optan por una vivienda precaria autoconstruida, emplazada en un sitio sin autorización ni servicios básicos de ningún tipo (teléfono, electricidad, agua potable, entre otros) En relación a la educación, los inmigrantes en Arica relatan tener acceso a educación para sus hijos en Chile, sin embargo, se perciben dificultades de integración dada su condición de migrante y continuación de estudios. Las dificultades percibidas por los migrantes están especialmente vinculadas a trámites administrativos.

Dentro de las condiciones de ellos en general en términos de habitabilidad malas, sea un hospedaje en la zona urbana, o sea uno allá arriba, con mayor razón... si arriba no llega ni el teléfono, luz, agua, hay todo un tema ahí y acá el hospedaje incluso yo he visto hasta 3 personas por colchón en lugares poco aireados, este año hubo un incendio en un hospedaje hecho por una recarga eléctrica. Esa es toda una temática: la habitabilidad. **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Incluso él estaba en el segundo puesto... Y le regalaban el preuniversitario gratis y cosa que no lo pudo realizar porque no tenía el carnet, porque todo certificado de estudio se necesita el rut. **Entrevista 40, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014**

Mi hija vino diciendo: mamá me dijeron ellos peruana, que aquí, que allá... y ella sí nació en el Perú pero tiene la nacionalidad chilena, y la profesora? La profesora no dijo nada... Entonces yo fui a hablar con la profesora. Le dije: profesora, le llevé su DNI, su carnet. Ella es peruana: sí. Pero también es chilena y entonces no puede diferenciar. Usted como profesora tiene que dar el ejemplo a los niños de explicarles cómo es el asunto para que no hayan estos malos entendidos y mi hija se sienta mal, le dije. Conversé con ella. Afortunadamente yo siempre en el colegio de mi hija he sido participante, siempre me ha gustado participar en actividades o si necesitan ayuda yo, yo siempre entonces por eso también las profesoras me han tomado en cuenta, consideración. **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Muchos han migrado a los valles, hay dos liceos allá que acogen mayoritariamente migrantes y ahí se les da un Rut provisorio y todo... pero con el Rut provisorio algunos no pueden pasar de curso, porque no entran al sistema, necesitan un Rut oficial, entonces el niño puede tener promedio 7 pero como no tiene el Rut, repite. O cuando son las graduaciones son los mayores problemas en octavo o en cuarto medio, no tiene Rut, no puede graduarse, pasar al siguiente curso, o dar la PSU, entonces hay un tema no menor que son con los niños y niñas adolescentes. **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Sumado a la situación anterior, las autoridades reportan intención de **mejorar el acceso a la educación, que es afectada por la lentitud de los trámites migratorios.** La experiencia de trabajar en Chile, se asocia fuertemente a las barreras migratorias, situación que sitúa a los migrantes en riesgo de precariedad, en condiciones laborales informales y dependencia del jornal diario a cualquier costo personal y familiar.

Me desespero porque siento que como que ya no voy a trabajar, no voy a ganar nada. Por ejemplo cuando trabajamos en las ferias nos ponen cualquier problema: que no te voy a dar puesto, que esto que lo otro... Me preocupa, me desespera porque es la única forma en que yo... Esa es una de las fuentes de ingreso de donde yo puedo siquiera comprarme algo! **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Por ejemplo hasta ahora estamos trabajando con una persona fija, pero a lo primero cuando uno llega, uno se levanta a las 4 de la mañana va y se tiene que ir acá, al agro, sino para Azapa, hay algo que hacer y nos ganamos así como sea... Hay pegas que duran 15 días y a los 15 días tenemos que buscar pega por otra parte porque ya se acabó dónde estábamos. Estábamos juntos trabajando, la pega se acabó y a él lo tenían ahí y el jefe le dice tú encuentras pega por otra parte: busca... entonces no estamos fijos. **Entrevista 46, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Por otra parte, entre las entrevistadas de género femenino, destaca la incorporación al trabajo como **asesoras del hogar**, ocupación evaluada positivamente, especialmente en cuanto al trato.

Las nanas ganan bien, y tienen todos los derechos. Para ellas es más factible que la dueña de casa le pague 300.000 pesos y ella devolverse el fin de semana a Tacna y después el lunes regresar y así se evitan las cotizaciones. **Entrevista 45, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Si bien el trabajo como **asesoras del hogar** representa una positiva fuente de ingresos inicial, las participantes logran una pronta independencia, utilizando **emprendimientos personales** que, si bien representan riesgos, les permite mayor libertad y tiempo para compartir con su familia.

Cargaba una mochila, agarraba en una bolsa unos sándwich e iba a vender al terminal y así empecé, así me hice conocida posteriormente empezó los carabineros a molestarme ya no me dejaban vender puesto que era vendedora ambulante, no me dejaron vender, empezó a llegar salud me llevaron al calabozo por trabajar, me llevaron al calabozo por trabajar y ahí también dormía la noche. **Entrevista 40, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

295

La obtención de **documentos de residencia** se relaciona directamente con el tipo de trabajo al cual pueden acceder. Por otra parte, varios de los participantes denuncian **abusos laborales** por parte de empleadores que no hacen cotizaciones o los contratan de manera transitoria o los despiden para no formar un vínculo laboral estable. Por otra parte, el proceso de migración en tránsito se vincula con actividades laborales, especialmente para inmigrantes de países vecinos.

P: Yo no soy de cerca de Tacna, yo soy de Lima a 2 horas más allá, no es mi caso pero si... Mis compatriotas: sí, hay una mejora de trabajo de billete por eso que va y viene, cuando les conviene: vienen y cuando no: No.

I: Y con los otros países vienen para quedarse o vienen un rato y se quieren devolver?

P: En el caso de nosotros es para quedarse, porque uno gasta plata por venir aquí entonces no le conviene a uno estar yendo y viniendo.

Entrevista 46, Grupo Focal Migrantes. Diciembre 2014.

La condición de tránsito frecuente entre Arica y Tacna se da también entre la población chilena y es en estas ocasiones, al viajar desde y hacia Chile en grupos, cuando se observan comentarios discriminatorios desde los chilenos hacia los migrantes. En el siguiente una mujer peruana da cuenta de su experiencia:

A mis compatriotas cuando yo iba a Tacna el cruce la frontera siempre veía que los trataban mal, o sea íbamos en el bus y las demás personas decían porque este tiene que cargar peruanos que apestan, decían así, bueno a veces como que tenían razón, porque a veces piensan que el Perú es solamente Tacna y creían que porque yo soy un poco más blancona, pensaban que yo era chilena y a mí me comentaban esas cosas hay estos peruanos que apestan, señora piense lo que dice porque yo también soy peruana, pero como si usted no tiene el color de ellos, pero la gente del sur son acá ellos y el Perú no es solo el sur del Perú, también tenemos costas y selvas entonces así yo siempre defendía a mis compatriotas. **Entrevista 40, Mujer, Migrante peruana. Diciembre 2014.**

Ya se ha mencionado la importancia de las redes sociales (principalmente familiares) para decidir migrar y conseguir trabajo inicialmente, éstos contactos humanos también son soporte afectivo. El ser migrante en Arica podría ser un elemento unificador o agrupador dentro de la comunidad, pero en ocasiones no opera de este modo. Las precarias condiciones de vida y roces humanos que derivan de la convivencia forzada causan dificultades de relaciones interpersonales.

Cuando llegué alquilaba la casa y le subo a alquilar a un compatriota mío, y ese compatriota mío me dice señora sabe no tengo para pagar este mes de arriendo, mi esposa va a dar a luz y todo eso, pero tengo un notebook y se lo dejo en forma de pago. Bueno le digo yo como darle la mano y resulta que el notebook recientemente lo había comprado en el terminal y había sido robado, eso fue al día siguiente que él lo había comprado, que me vende a mí, me da en forma de pago y como al tercer o 4 día no recuerdo bien, que ya lo había recogido yo el notebook, llega la PDI a la casa con la persona que había robado y diciendo que el notebook lo había vendido a una persona que vive en esta casa, el ladrón sabía todo, yo no me había dado cuenta. Entonces la PDI me lleva detenida. **Entrevista 40, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Las dificultades para convivir dentro de una misma casa, para tener que compartir de manera forzada los espacios, de no tener un mínimo de privacidad familiar cobra sus cuentas en la convivencia cotidiana, en esos casos parece no ser relevante la condición de migrante ni la nacionalidad, los roces y malos tratos se hacen presentes:

Hemos tenido problemas por el agua, por la luz. Lo que pasa es lo que paro más en la casa y me echan más la culpa a mí en vez de estar agradecidos de que yo cuide la casa (entre risas). Lo que pasa es que como yo vivo ahí, yo hago mis cosas ahí. Por ejemplo yo le compro una piscina a mi hija y hago que se bañe y todos se aprovechan pero, pero no, dicen: Tú has gastado el agua, tú has ocupado la luz, tú vives acá, tu estas mirando todo el día tele. Tú eres la que tiene que pagar más **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

No obstante y a pesar de estas dificultades humanas, las **organizaciones comunitarias** logran abrirse paso dentro de la comunidad, cumpliendo un rol de apoyo, refuerzo de la identidad de origen y recreación.

Lo que pasa es que vamos así... tiene más eso lo que hacemos, no más hacemos reuniones así. También está el comité que te comentaba, hacemos reunión así. **Entrevista 38, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Una vez a la quincena... Bueno ahora la presidenta es mi prima y somos las dos que manejamos casi todo, nos reunimos siempre. Conversamos qué vamos a hacer, por ejemplo: para el 20 de diciembre hay una actividad y no podré participar. **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

Ser migrante en Arica define un nuevo concepto de salud, constituyéndose en el pilar fundamental de todo lo que es la vida diaria. Si la salud se pierde ya sea de manera transitoria o definitiva no se puede trabajar y el trabajo es la única forma de subsistencia y la motivación fundamental para abandonar el país de origen. Cómo respuesta a la pregunta: ¿Qué es estar sano para ti? Se obtienen respuestas que dejan en claro que la pérdida de salud es un daño irreparable y lo relevante de contar con ella. Incluso las respuestas dejan al **trabajo y la salud como sinónimos**.

Mi opinión es: estar sano, es tener pega...

Llevar una vida estable en salud sería, hacer deporte, tener un trabajo, creo que trabajar te mantiene con salud a mi parecer

Tener un buen físico o una buena alimentación, algo así...

Claro, si tengo pega me voy a sentir bien, porque el cuerpo se mantiene en ejercicio en movimiento

Entrevista 46, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.

La mayoría de la evidencia cualitativa recolectada en la comuna de Arica da cuenta de la tensión entre necesidades de salud de migrantes internacionales y la cantidad de **barreras** que estos deben sobrepasar para poder cubrirlas. Dichas necesidades no solo se relacionan con prestaciones de salud o calidad de la atención, sino también a determinantes sociales más amplios al sistema de salud, tal y como dieron descritos en la sección anterior de condiciones de vida y trabajo.

La mayoría son problemas respiratorios, porque además la vivienda ponte tu si tienen un baño con pozo séptico lo tienen fuera de la casa, entonces salen de la casa y acá en el invierno, claro ahora no hace frío, pero en el invierno las temperaturas bajan mucho en comparación con Arica. **Entrevista 42, Director de Centro de Salud, Diciembre 2014.**

Al dialogar con fuentes de Centro de Salud en zona fronteriza por ejemplo, las carencias de los migrantes en salud dan cuenta de dificultades de atención oportuna y sistemática principalmente. El origen de estas carencias son **barreras a nivel administrativo**, de funcionamiento de los servicios de salud y de acceso real de los inmigrantes a éstos. Esta situación está fuertemente influida por las condiciones de vida de los migrantes, especialmente el hecho de estar en situación migratoria irregular en Chile y muchas veces en tránsito, lo que impide firmar un contrato. No obstante, los problemas más importantes de **barreras desde dentro del sistema de salud para atender a población migrante son transversales y comunes a la población chilena, tales como el ausentismo de funcionarios paramédicos, desmotivación de médicos chilenos para trabajar y bajos sueldos**. Por otra parte, entre las dificultades de trabajadores de salud para trabajar con la comunidad migrante internacional se encuentra la dispersión geográfica, el desconocimiento de estadísticas actualizadas y consultas tardías por parte de esta población.

La mayoría no consulta inmediatamente, consulta después de 3 o 4 días... cuando realmente ven que la situación no da mucho para más, y si yo creo que el hecho de la medicina tradicional ellos ya lo tienen como asumido nosotros trabajamos con Usuyiri aun así tenemos a través del programa PESPI la contratación de una Usuyiri que ella también nos sirve para facilitar un poco el proceso entre los inmigrantes. **Entrevista 42, Director de Centro de Salud, Diciembre 2014.**

Una dificultad que en Arica se asocia a lo anteriormente mencionado es la falta de regularización de condición migratoria, lo cual genera importantes dificultades en la APS, afectando a migrantes y funcionarios o trabajadores de salud primaria de distinta manera pero en ambos casos representando una dificultad para cumplir los propios objetivos.

Mucha de nuestra población es población inmigrante entonces no todos se acercan acá a inscribirse, muchos dicen: Nooo... es que yo estoy de vacaciones, Nooo... Estoy de paso... Entonces la verdad que nuestra población es algo incierto. **Entrevista 42, Director de Centro de Salud, Diciembre 2014.**

La mayoría de las personas inmigrantes entrevistadas relata asistir al **Hospital de la Solidaridad de Tacna**, por motivos de mayor resolutivez, acceso a especialistas, métodos diagnósticos, entre otros. Al CESFAM o al Hospital de Arica acuden con menor frecuencia. Una posible explicación es la rápida respuesta a los problemas de salud en cuanto a exámenes y tratamiento, cantidad de especialistas disponibles, la cercanía.

En caso de salud la mayoría va a Tacna, casi nadie se hace ver acá. Casi nadie. Yo he conocido muchas personas que están muriéndose de dolor, gritando, no se van a la posta, se van a Tacna. Un colectivo y se van a Tacna. No se van a la posta porque saben que en la posta van a estar pero horas sin... Pueden estar todo el día si están retorciéndose. **Entrevista 39, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Cuando yo estoy un poco delicado de salud, me voy a Tacna, me voy acá como esta mi país cerca, me voy y decanto dos días ahí o me voy a ver y ya vengo aquí un poquito mejor, y puedo seguir con mi labor. **Entrevista 46, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Por otra parte, la automedicación aparece como un elemento inicial preferido de tratamiento para enfermedades en la población migrante internacional.

Si me sintiera mal: auto medicarme, o ya muy mal... muy mal: buscaría el hospital pero igual la pensaría sin documentos como voy a hacer, me van a cobrar, no me van a atender, porque igual a ustedes que son chilenas se les hace a veces difícil que tienen todos su papeles si no los trajeron y sin papel peor aún. **Entrevista 41, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Una segunda posible explicación para ir al Hospital de Tacna en vez del CESFAM, podría ser el temor asociado a la posibilidad de ser deportados si son registrados en atención primaria.

Ellos se han dado cuenta antes de que tenían mucho temor de aparecer de los consultorios, porque se les pedía el carnet se les fichaba se les podía detectar y ser expulsados por estar ilegal, los migrantes con permiso de trabajo o residentes esos no tienen ningún problema, ellos van a los consultorios y se atienden incluso demandan con tanta fuerza la atención como los chilenos, los ilegales son el problema, ellos antes tenían temor a acercarse a los cualquier cosa que oliera a institución pública como los hospitales y consultorios. **Entrevista 43, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

297

La causa del éxito del Hospital de Tacna como alternativa al CESFAM y/o al Hospital de Arica también puede ser multifactorial, rapidez, temor, precio, entre otras.

El 50 el 60% de la demanda del Hospital de la Solidaridad de Tacna es chilena, ¿Por qué la gente va para allá? Bueno porque hay una falta acá, y es gente con FONASA o sea se podría atender acá, pero los exámenes son más baratos, los resultados son más rápidos y eso no obedece a una casualidad o sea, hay una falta acá que la gente dice yo me voy a desplazar una hora y media, todo un día, pero aun así será más rápido. **Entrevista 47, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Una apreciación sanitaria que llama la atención que desde la mirada de los trabajadores de salud, es que las gestantes en condición de migrantes irregulares, con frecuencia llegan de manera **muy tardía al primer control del embarazo**. Este hallazgo también aparece en otras de las comunas estudiadas en mayor o menor medida. Si bien se desconoce la motivación, se puede especular que una de las causas de esta conducta podría ser cultural o temor a ser deportado.

Las gestantes de que llegan a las 37-38 semanas de embarazo en el cual quieren que tengamos atención gratuita, acá no van a tener ningún problema porque nosotros lo derivamos a la gobernación y trabajamos en red... Nosotros en el caso de las gestantes chilenas somos súper jodidas, o sea nosotros somos catetes las matronas, las que está de ingresa si no viene, se le llama por teléfono si no se le visita, se le da un ultimátum, se le da un informe social, entonces esta gente también, si nosotros hacemos cumplir a los chilenos, también deberíamos hacer cumplir a los inmigrantes, entonces abusan del sistema. **Entrevista 45, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014**

Finalmente, al preguntar sobre uso de **medicina alternativa o prácticas culturales propias**, si bien los migrantes internacionales no la reportan, una autoridad entrevistada describe su uso desde antaño, tanto de migrantes recientes como en la población migrante establecida en Chile en la comuna de Arica desde hace largo tiempo.

En las entrevistas de confirmación efectuadas en el año 2016, se encuentra una mayor conciencia entre los funcionarios de los CESFAM sobre la necesidad de integración entre población migrante, chilena y pueblos indígenas. En los dos años transcurridos han asistido a varias capacitaciones e instancias de sensibilización. Los trabajadores de salud primaria perciben que hay conciencia por superar las barreras de atención y apoyo desde las autoridades para llevarlo a cabo, aunque parece persistir una sensación de que aún falta bastante para que los remediales bajen a la comunidad.

Ellos se suman a la cultura que viene de antes, que todos los migrantes incluso los que tenían 30 años acá, siguen creyendo en sus medicinas naturales, sus medicinas alternativas, en su Yatiri, en la señora que sabe más, en el compositor de huesos y ellos lo usan... pero como digo: no sólo ellos... sino que los migrantes ya establecidos acá.

Entrevista 43, Autoridad Local, Diciembre 2014.

E: El problema no es que no se esté haciendo! El problema es que bajen realmente a la población, porque hay capacitaciones... hay capacitaciones de etnia... Y entonces cómo haces porque en realidad no se me ocurre...

E: Sería la sustentabilidad del proyecto y la evaluación. Aparentemente?

Una evaluación que sea sustentable... cada cierto tiempo ven los resultados que estamos obteniendo y...

P: qué pasa con los migrantes que van y vienen?

E: algo muy particular de esta comuna... Entonces qué vamos hacer porque a una persona chilena si se le puede negar porque no tiene la previsión de FONASA al día... un extranjero no se le pueden negar la atención siendo que él no se ha querido nacionalizar a sacar su rol... la ley es así y que tiene derecho a atención de urgencias...

Entrevista 124, grupo Focal Trabajadores de Salud, Mayo 2016.

Los trabajadores de salud señalan que están trabajando con programas de integración de pueblos originarios y entre otras acciones dirigidas a éstas minorías, tendrían determinados beneficios, por ejemplo a nivel de vivienda.

Lo que pasa es que acá cuando tú te identificas con una etnia, por ejemplo acá están los aymaras, y ellos postulan a proyectos como la etnia aymara, entonces salen más rápido las postulaciones de vivienda **Entrevista 45, Grupo Focal de Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Al preguntar de manera dirigida a los propios migrantes sobre su pertenencia étnica, llama la atención que en general no la reportan o bien se definen como ciudadanos de su país de origen de forma categórica. Hay un caso en el que un participante dice entender y hablar el Quechua.

E: a que grupo indígena pertenece?

P: Aymara

Entrevista 38, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.

Sólo en una de las entrevistas individuales realizadas en el marco de ésta investigación en la ciudad de Arica, se encuentra una mujer migrante que dice pertenecer a algún pueblo originario.

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

M, 35 años, puérpera de 29 días, Sra. colombiana. Vive hace 2 años en Chile.

Se vino al país desde Colombia dejando 3 hijos, con la esperanza de un futuro mejor para ellos. Actualmente en situación migratoria irregular. Trabajaba en una "schopería", donde conoce a un chileno con el que decide iniciar una relación estable.

Súbitamente su pareja muere de infarto, situación que deja en evidencia la vulnerabilidad social a Sra. M.

Actualmente recibe aportes de compañeros de trabajo de su pareja y se tuvo que ir a vivir de allegada donde su hermana.

Su relación con los centros de salud es más bien distante, a través de la inscripción de su hijo, que cuenta con RUT e inscripción. Teme por su futuro y el de sus hijos, ya que no sabe si finalmente podrá traerlos a Chile, como era su plan inicial y el de su difunta pareja.

D, 62 años, Sra. Boliviana. Hace más de 30 años que se encuentra en Chile, tiene 5 hijos chilenos, hace 4 años vive en campamento, tiene una hija de 20 años con Síndrome de Down.

Pertenece a un grupo indígena Aymara, en donde se hacen reuniones en un comité que se formó donde ella vive. Trabaja en un local vendiendo frutas y verduras. Refiere tener una buena relación con el Centro de Salud, ha mantenido a su hija bajo control por Asma bronquial.

La pequeña hija fue abusada por su padre, el evento fue judicializado y el padre de la menor se encuentra preso. Esta situación le genera gran angustia, porque piensa en el momento en que él salga en libertad.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES/PROBLEMAS DE MIGRANTES IDENTIFICADOS	RECOMENDACIONES GENERALES
Sistema de Salud	<p>Presencia de estigma-Prejuicio hacia población migrante por parte del personal de salud, condición que pudiera conllevar a escenarios de discriminación que dificultarían el acceso a salud.</p> <p>Prevalencia de enfermedades infectocontagiosas como VIH y tuberculosis, con escasa información desagregada disponible para población migrante.</p> <p>Desconocimiento de número real de pacientes migrantes asignados a centros de salud, situación que impide el desarrollo de políticas dirigidas a problemas de salud específicos.</p> <p>Invisibilización del abordaje y seguimiento de los problemas de salud que aborda el Hospital de la Solidaridad de Tacna. Desconocimiento de la existencia de trabajo en conjunto con dicha institución en alianza chileno-peruana.</p> <p>Embarazo adolescente se describe como un problema de salud de la comuna, sin embargo se desconoce esta realidad para población migrante.</p>	<p>Desarrollar estrategias de sensibilización sobre el fenómeno migratorio en los funcionarios y/o trabajadores de salud, con la finalidad de disminuir el estigma-prejuicio y consiguiente discriminación, para favorecer el acceso a salud.</p> <p>Fortalecer los espacios de capacitación a los funcionarios de salud en ámbitos como competencia cultural, enfoque de derecho, migración como determinante de la salud, entre otros, con la intención de mejorar y facilitar el acceso y uso efectivo de servicios de salud de la población migrante.</p> <p>Reforzar canales de comunicación con organismos referentes en cuanto a normativas nacionales y sus actualizaciones en política migratoria desde el nivel central, así como también favorecer espacios de intercambio de buenas prácticas en salud, por ej para problemáticas como enfermedades infecciosas, crónicas y embarazo adolescente.</p> <p>Mejorar canales de comunicación y difusión con Hospital de Tacna para seguimiento de los problemas de salud, énfasis en diseño de estrategias conjuntas para el abordaje de problemáticas relevantes para la Comuna.</p>
Comunidad	<p>Escasa identificación con pueblos originarios y de sus costumbres, por ej. práctica de medicina complementaria ancestral, presumiblemente porque la experiencia migratoria opaca la pertinencia étnica.</p> <p>La difusión de las ONGs vinculadas a la atención migrante, dado que se visualizan como uno de los principales elementos donde accede la población migrante.</p>	<p>Mayor desarrollo de estrategias de intercambio cultural efectivo con países vecinos, con indicadores de medición a corto y mediano plazo, con la intención de fortalecer no solo el encuentro entre países, sino encuentro étnico en escenarios migratorios.</p> <p>Fortalecer la difusión de estrategias comunitarias exitosas, como ONG, con presupuestos participativos que les permitan el desarrollo de más estrategias de apoyo a población migrante.</p>

<p>Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>Intervenir los eslabones de la cadena formada por: Situación migratoria irregular/vulnerabilidad social/trabajo precario/falta de acceso a atención de salud/salud física y mental deficiente/malas condiciones de vida/manifestaciones psicosociales y familiares de la sumatoria de los eslabones de esta cadena.</p> <p>Desconocimiento por parte de los equipos de salud del estado de salud actual de la “población migrante flotante” (sin rut) en los Centros de Salud de APS y a nivel secundario.</p> <p>Persistencia de dificultades en la incorporación efectiva en establecimientos educacionales de niños migrantes sin rut, situación que se traduce en matriculas provisorias y dificultades para regularizar años cursados.</p> <p>Marcada percepción de centralismo y sensación de abandono, acompañado en falta de autonomía para decisiones locales</p>	<p>Participación activa de la comuna de Arica en mesas de trabajo para el diseño colectivo de políticas migratorias, con la intención de disminuir percepción de centralismo y falta de autonomía. Énfasis en que esta participación sea desde sectores estratégicos, como vivienda, educación, salud, entre otros.</p> <p>Retomar (y difundir) propuestas de libro Migración en Arica y Parinacota. Panoramas y Tendencias de una región fronteriza, especialmente la relacionada con financiamiento, donde para regiones con un índice de población migrante mayor al 5%, cuenten con un presupuesto que tenga un ítem destinado íntegramente a promover y ejecutar acciones que favorezcan la implementación de políticas migratorias.</p> <p>Aumentar el uso eficiente de las tecnologías disponibles para mejorar comunicación (por ej. uso de videoconferencias, plataformas de internet, programas para trabajo en red), todo lo anterior permitiría agilizar los procesos y disminuir centralización.</p> <p>Difusión de beneficios asociados a regularización situación migratoria, énfasis en salud y programas vinculados. Además esto permite mejorar el registro y monitoreo de la información sanitaria disponible para el diseño de planes estratégicos de los problemas de salud de la población migrante.</p> <p>Difusión y capacitación de derechos relativos a educación de niños migrantes a directivos de instituciones educacionales. Además diseño de estrategias de seguimiento de estas políticas de integración.</p> <p>Generar mayor articulación desde equipos de salud con esferas estratégicas como educación, vivienda y desarrollo social.</p>
<p>Investigación</p>	<p>Falta de difusión de iniciativas vinculadas a investigación en población migrante, especialmente las locales.</p> <p>Ausencia de estudios de carácter cualitativo que respondan al efecto en salud del cruce de dos determinantes: etnia y migración.</p>	<p>Desarrollo de líneas colaborativas entre universidades que se encuentren estudiando los efectos de la migración y salud en Chile.</p> <p>Propuestas de investigación de carácter cualitativo en la línea de etnia y migración.</p>

8. Referencias

1. Arica Ciudad de la Eterna Primavera [Internet]. Available from: <http://www.muniarica.cl/page.php?id=6>
2. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile BCN. Región de Arica y Parinacota [Internet]. Available from: <http://siit2.bcn.cl/nuestropais/region15>
3. Ministerio de Desarrollo Social. Reporte Comunal: Arica, Región de Arica y Parinacota [Internet]. 2014. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/arica/Arica_2013.pdf
4. Araya D A, Ruz Z R, Mondaca R C. La administración chilena entre los aymaras: resistencia y conflicto en los Andes de Arica (1901-1926). *Anthropologica* [Internet]. 2004;22(22). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122004000100009
5. Instituto Nacional de Estadísticas INE. Empleo Nacional 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://www.inearicayparinacota.cl/contenido.aspx?id_contenido=150
6. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013 Inmigrantes. Síntesis de Resultados [Internet]. 2015 Mar. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_revisada.pdf
7. Departamento de Extranjería y Migración. Convenio de Tránsito de personas en la zona fronteriza chileno peruana de Arica y Tacna [Internet]. Available from: <http://www.dpp.cl/resources/upload/5f371a582cb2e025b5419e84f01da415.pdf>
8. Organización Internacional para las Migraciones OIM, Carolina Sefoni. Perfil Migratorio de Chile [Internet]. 2011. Available from: http://priem.cl/wp-content/uploads/2015/04/Stefoni_Perfil-Migratorio-de-Chile.pdf
9. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013. Situación de la pobreza en Chile. [Internet]. 2014 Enero. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Situacion_Pobreza_Chile.pdf
10. Un Techo para Chile. Datos duros de una realidad muchísimo más dura. Informe Encuesta Nacional de Campamentos 2015 [Internet]. 2015. Available from: <http://www.techo.org/paises/chile/wp-content/uploads/2015/11/Informe-ENDC-2015-CIS.compressed.pdf>
11. Instituto Nacional de Estadísticas INE. Estadísticas Vitales. Anuario 2013 [Internet]. 2015. Available from: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf
12. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 [Internet]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
13. MINSAL. Atlas de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. Available from: <http://epi.minsal.cl/vigilancia-epidemiologica/atlas-interactivo/>
14. MINSAL. Informe Nacional de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/InformeNacionalVENTChile2011.pdf>
15. Sebastián Labrín. El hospital peruano que cautiva a los pacientes chilenos. *La Tercera* [Internet]. 2014 enero; Available from: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/01/680-562579-9-el-hospital-peruano-que-cautiva-a-los-pacientes-chilenos.shtml>
16. Deperu.com. Hospital de la Solidaridad - Tacna en Tacna [Internet]. Available from: <http://www.deperu.com/salud-nacional/hospital-centro-medico-municipal/hospital-de-la-solidaridad-tacna-8783>
17. Vicuña U, JT, Rojas V, T. Migración en Arica y Parinacota: Panoramas y tendencias de una región fronteriza. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. 2015.
18. Marscom. Amago de incendio afectó a residencial informal en Población Juan Noé. 2006; Available from: Amago de incendio afectó a residencial informal en Población Juan Noé

9. Anexos

Anexo 1 Tabla 1

Cuadro Resumen de Participantes

301

Participantes Total: 28	Información Sociodemográfica
Autoridades Locales (4 entrevistas individuales)	Sexo: 1 mujer, 3 hombres Rango de Edad: 32-72, Promedio: 50,00 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario (1 grupo focal, 10 participantes)	Sexo: 7 mujeres y 3 hombres Rango de Edad: 30-67, Promedio: 34,25 años
Migrantes, Total: 18 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 10 participantes)	Sexo: 9 mujeres, 9 hombres Rango de Edad: 23-52, Promedio: 37,94 años Nacionalidad: 1 boliviano, 3 peruanos, 5 colombianos y 9 dominicanos Años viviendo en Chile: 1-40, Promedio: 6,00 años
Participantes Confirmación Hallazgos Total: 11	Información Sociodemográfica
Autoridades Locales, Funcionarios de CESFAM, Informantes Clave, Migrantes (2 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y 1 Grupo Focal)	Sexo: 2 mujeres, 9 hombres Rango de Edad: 29-57, Promedio: 42,33 años

Anexo 2 Tabla 2

Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni
Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Bertín
Centro de Salud Familiar Dr. Amador Neghme
Centro de Salud Familiar Iris Véliz
Centro de Salud Familiar Dr. Remigio Sapunar
Centro Comunitario de Salud Familiar Dr. Miguel Massa
Centro Comunitario de Salud Familiar Dr. René García
Centro Comunitario de Salud Familiar Cerro La Cruz
COSAM San Martín

10. Acerca de los autores

Macarena Chepo, MSc (c)

Enfermera, Post título Salud Familiar y Comunitaria, MSc(c) en Salud Pública de la Universidad de Chile. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carrera Enfermería. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: migración y salud, automanejo de enfermedades crónicas.

Email: mchepo@udd.cl

Ana M McIntyre, MSc

Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

Email: ammcintyre@udd.cl

José Tomás Vicuña, BSc

Estudiante Jesuita, Ingeniero Comercial. Estudios de Filosofía en la Universidad Alberto Hurtado y Antonio Ruiz de Montoya (Perú). Estudios de Teología en Pontificia Universidad Católica de Chile. Director de la oficina de Arica del Servicio Jesuita a Migrantes desde Enero 2012 a diciembre 2014.

Email: jtvicuna@uc.cl



Capítulo 15

Estudio de Caso: Comuna de Iquique



Alexandra Obach, PhD

Profesora Asociada, Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Javiera Flaño, MD

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de
Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina
Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Andrea Vásquez, MSc

Coordinadora de Investigación CIGIDEN, Facultad de
Ingeniería, Pontificia Universidad Católica de Chile

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna de Iquique?

- En la comuna de Iquique conviven diversas realidades. Por una parte, existe gran riqueza producto de la minería. Por otra parte, existe un porcentaje importante de la comuna que vive en condiciones de pobreza y de riesgo social. También hay un sector de la sociedad que se desempeña en el área comercial (ZOFRI) y profesional.
- La comuna de Iquique tiene una historia marcada por los desastres naturales, conflictos bélicos e inmigraciones anteriores a la actual. Se han formado colonias que se han integrado en mayor o menor medida con la población local, manteniendo sus tradiciones, todo lo cual hace que esta comuna tenga una historia marcada por la multiculturalidad.
- Los inmigrantes peruanos y bolivianos han estado presentes desde siempre en la comuna y es una población que está en constante tránsito entre su país de origen y Chile. La población ecuatoriana y colombiana, en cambio, es nueva en la zona y su presencia ha acarreado una serie de prejuicios y de discriminación.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes aquí?

- Los inmigrantes viven, en general, en condiciones precarias. La vivienda en la comuna es cara y, por lo mismo, existe gran hacinamiento entre la población extranjera. Ésta se ubica principalmente en el casco antiguo de la ciudad en casas compartidas entre varias familias.
- En términos generales, la población inmigrante se vincula a trabajos que entregan servicios a la minería, construcción y servicios. En las mujeres, asesoras del hogar y servicios ligados a la hotelería.
- Los inmigrantes dicen sufrir discriminación, principalmente la población colombiana, dicen estar estigmatizados como delincuentes, narcotraficantes y prostitutas. Hay numerosos relatos de discriminación por el color de piel.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Capacitación: a funcionarios públicos en general, entre ellos, funcionarios de aduanas que están a cargo de los pasos fronterizos, carabineros, funcionarios de la PDI. Junto con ellos, capacitar a funcionarios de salud y los equipos de salud en áreas tales como sensibilización y buen trato a población extranjera, actualización en las normativas y leyes de extranjería, actualización en deberes y derechos de población inmigrante en el sistema de salud.
- Políticas públicas: potenciando las iniciativas implementadas en atención primaria y generando políticas específicas para el nivel secundario y terciario en salud. Potenciar las iniciativas actuales en las cuales ha participado exitosamente la comuna de Iquique como el Plan Piloto de Salud en Población Inmigrante del Ministerio de Salud.
- Investigación: respecto a situación de vida de inmigrantes, con énfasis en las temáticas de salud. Generar instancias de difusión de los resultados de las investigaciones locales y estrategias de transferencia del conocimiento.
- Comunidad: informar a la comunidad de inmigrantes respecto a sus derechos en atención de salud. Generar instancias comunitarias que fomenten el encuentro y la integración de la población extranjera al interior de la comuna.
- Intersectorialidad: intrasectorial entre los distintos niveles de salud, con el fin que puedan compartir información respecto a la población inmigrante y con ello facilitar las atenciones en salud. Intersectorialidad potenciando el trabajo conjunto entre salud y extranjería con el fin de avanzar en acciones coordinadas en materia de salud y gestión.

d) **Palabras clave:** Iquique, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Iquique se ubica en la región de Tarapacá, provincia de Iquique. Sus coordenadas son a los 20° 12' de latitud Sur y 70° 10' longitud Oeste. Es el centro urbano de mayor importancia de la región albergando a la mayor parte de su población. De acuerdo a datos de Instituto Nacional de Estadísticas, INE, la población total de la comuna de Iquique al año 2002 era de 216.419, con una proyección al año 2012 de 185.994 (1, 2). El clima de la comuna es árido costero donde, debido a la acción del océano Pacífico, se genera la camanchaca (niebla matinal) registrando temperaturas moderadas y homogéneas (3).

La principal actividad económica de la comuna es la minería, especialmente la extracción de cobre y molibdeno. Los sectores de servicio y comercio también cumplen un importante rol, especialmente al alero de la zona franca (ZOFRI) presente en la comuna. Junto con lo anterior, destacan los sectores turístico, pesquero, construcción e inmobiliario (3).

La historia de la comuna se remonta a unos seis mil años de antigüedad, fecha que registra vestigios humanos. La presencia de culturas precolombinas estuvo marcada por los Changos y por el Imperio Inca, del cual la región formó parte. La época colonial se inicia en 1556 y estuvo marcada por la explotación de la mina de plata de San Agustín de Huantajaya ubicada en lo que hoy es Alto Hospicio. Iquique, denominada en aquel entonces como Puerto de Tarapacá, pasó a ser el puerto donde llegaban los materiales y trabajadores para explotar la mina (1, 3). La Guerra del Pacífico (1879-1883) significó el inicio del dominio chileno del territorio, que anteriormente era de administración peruana. Entre los hitos históricos de la ciudad se encuentra el Combate Naval de Iquique (3).

Posteriormente con el ciclo del salitre el puerto comenzó a tomar protagonismo. Con esto hubo un aumento de la población residente en la zona a través de la llegada de variadas colonias extranjeras y de chilenos provenientes de otras zonas del país, iniciándose un mayor desarrollo económico, social y arquitectónico. (3).

Hacia fines de la década de 1920 la región sufrió la decadencia del comercio del salitre lo que llevó a su resignificación económica y financiera. A partir de 1974, la región comenzó a ser administrada bajo una lógica de defensa militar del territorio. Se hicieron inversiones locales y, a través de las franquicias aduaneras impulsadas desde 1974 y las explotaciones mineras en la zona, se impulsó el crecimiento económico de la región y la comuna (3, 4).

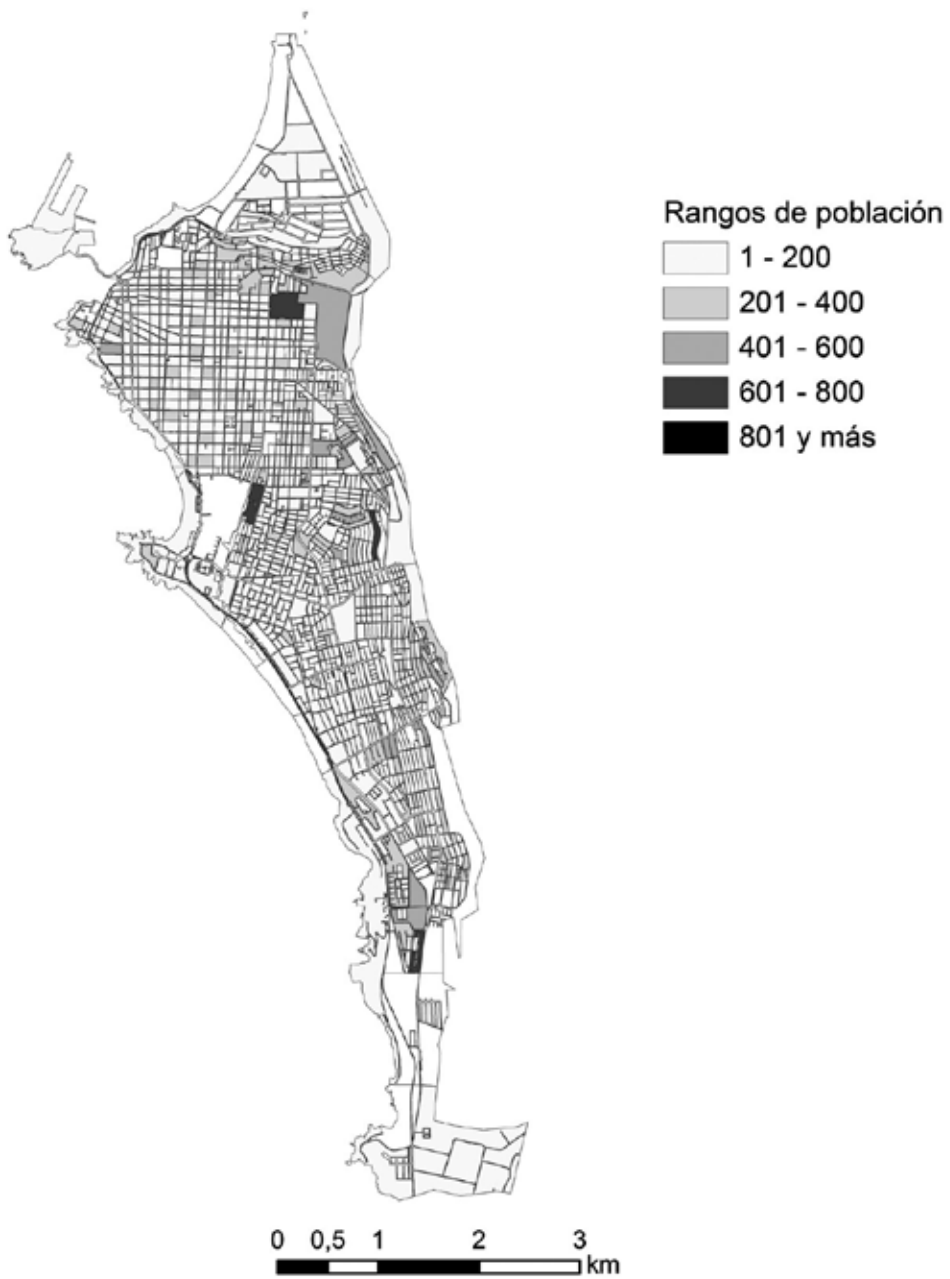
Iquique es también una zona que por sus características geográficas está expuesta a potenciales desastres naturales (5). Destaca la devastación del terremoto de 8,2 grados Richter y tsunami ocurrido el primero de abril del año 2014. Incluso se habla de "dos terremotos". El primero, uno físico, que dejó alrededor de 1500 viviendas inhabitables y otras ocho mil con daños de diversa consideración. El segundo terremoto, fue de tipo económico, afectando al 80% de la población que vive de la zona franca ZOFRI (3).

La figura 1 muestra valores absolutos de la población total que reside en las manzanas censales de la comuna. La figura 2 describe en valores absolutos la población migrante internacional que reside en esta comuna.

Figura 1.

Mapa general de la comuna de Iquique, descripción espacial de su población total según datos censales 2002.

Población total de Iquique por manzana censal

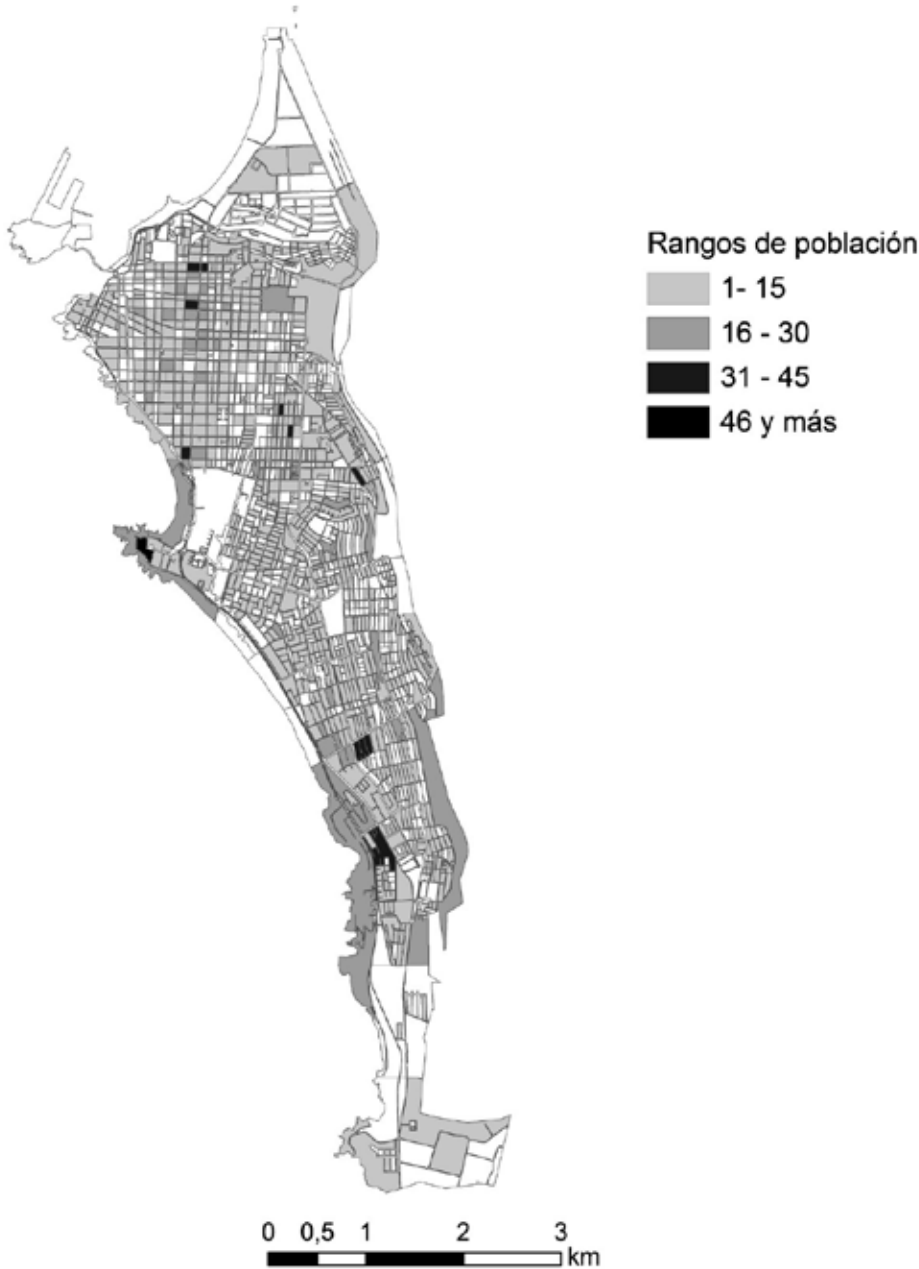


Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 2.

Mapa general de la comuna de Iquique, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002

Población inmigrante en Iquique por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

De acuerdo con la encuesta Casen del año 2013 en la región de Tarapacá hay un total de 18.069 inmigrantes. En la comuna de Iquique, según datos del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, el año 2014 la población migrante que solicitó visa alcanzó un total de 7491 personas, incluyendo requerimientos para visa temporaria (72,86%), estudiante (0,22%) y sujeta a contrato (26,91%). Respecto al país de origen, la población inmigrante de la comuna proviene en su mayoría de Bolivia (59,8%) y Perú (21,26%), seguidos por Colombia (7,84%), China (2,99%) y Ecuador (2,08%). De acuerdo a la distribución por sexo, 52,23% de los inmigrantes son mujeres mientras un 47,76% son hombres (6, 7).

Según la distribución de la población inmigrante que solicita visa según edad, la gran mayoría pertenece al tramo de 21 a 30 años (45,25%), seguidos por el tramo de 31 a 59 años (37,03%), luego el tramo entre 11 a 20 años (10,98%) y, por último, los menores de 5 años y de 5 a 10 años (1,95% y 3,76% respectivamente). La población de 60 años y más representa un 1,01% (7). En relación a las principales ocupaciones de la población inmigrante de la comuna, un 62,55% declaró ser empleado o empleado doméstico; 9,95 % estudiantes; 2,26% obrero o jornalero; 4,67 % dueña de casa; 3,01% inactivos; y un 1,33% no informó su ocupación (6).

Respecto a quienes solicitaron permanencia definitiva para el 2014, esta población fue de un total de 2.269 personas, de las cuales en su mayoría son del sexo femenino (52,93%), principalmente provenientes de Bolivia (55%) y Perú (26,22%), de entre 21 y 59 años (77,52%), y de ocupación empleado-empleado doméstico (56,36%), con nivel educacional medio (53,28%) (6)

Respecto a los hallazgos obtenidos a través de entrevistas a autoridades comunales realizadas en el Proyecto FONDECYT 11130042, la migración es vista como una característica fundacional de la comuna. Hay una migración tradicional muy asentada que corresponde a personas de Bolivia y Perú. En la última década, perciben estar ante la **presencia de nuevos flujos migratorios** con población proveniente de países como Ecuador y Colombia, siendo estos últimos los que más han aumentado en la última década y los que más llaman la atención en la comuna. En relación al asentamiento de estas poblaciones en Iquique, se sostiene que esto se debe **en parte a la minería, pero también a la zona franca**, la cual representa un foco laboral para muchas personas quienes compran productos y luego los comercializan de manera informal.

Esta región y creo que ustedes fue lo que consideraron, es una de las regiones que tienen mayor porcentaje o está dentro de las regiones que tiene mayor porcentaje de migrantes, que la migración no cierto eh en realidad está dada por quienes... Con quienes nosotros hemos convivido históricamente... que son: peruanos, bolivianos... y que últimamente se ha visto un aumento de la población colombiana, pero que también está dada esta migración por la situación que tenemos como región y especialmente como comuna Iquique en el sentido que tenemos una zona franca que también trae otro tipo de migrantes, que son los que usuarios de zona franca eh como pakistaníes, taiwaneses, no cierto? **Entrevista 66, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

Otro campo laboral interesante para los migrantes parece ser el **área de la construcción inmobiliaria**. De los ocho participantes entrevistados en el marco de la investigación, cinco refieren trabajar (ellos o sus parejas) en esta área. Esta apreciación es compartida por varios de los trabajadores de atención primaria de salud de Iquique entrevistados, quienes por la naturaleza de sus trabajos tienen contacto directo y cotidiano con los migrantes,

Siempre el objetivo es quedarse, expectativas económicas, expectativas porque tienen a su familia acá... [E: calidad de vida.]... calidad de vida, más encima pasa con que acá el nivel de vida, bueno, los sueldos también son más altos, no solamente porque sea otro país, sino que a nivel, por ejemplo, acá hay mucho trabajo para la construcción. Entonces, ellos los dicen eh... Iquique es súper atractivo para ellos. **Entrevista 68, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Este año se inició desde la gobernación provincial la instalación de una mesa de migrantes en donde ellos convocan a todos los sectores, justicia, salud, educación y que se ha trabajado con dentro de los integrantes de la mesa con representante de los migrantes, de las diferentes ciudades o países y en ese contexto también hemos estado coordinando algunas actividades. Nosotros eh tuvimos un seminario de migrantes aquí organizado por la gobernación para poder visibilizar el tema para que efectivamente miremos lo que está pasando que es una realidad que la regiones zona minera, está la zona franca, es una región que está creciendo y que parte de ese crecimiento está dado por la población migrante, que la tasa natalidad no cierto no tiene el mismo comportamiento país, porque efectivamente los inmigrante que llegan son gente que vienen en edad productiva y reproductiva por lo tanto también va a impactar en el tema de salud en cuanto a los indicadores. **Entrevista 66, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

Las autoridades locales dicen estar conscientes de lo que implica el aumento de la población inmigrante en la comuna, lo cual los ha llevado a tomar ciertas acciones de inclusión de esta población en diversas instancias. Esto en un intento por promover la participación de la población inmigrante, así como establecer sus derechos en una comuna que dice sentir el impacto de los cambios poblacionales.

En síntesis Iquique es una comuna cuya historia ha presentado migraciones de diversos orígenes, estos se han ido integrando mediante la instalación de colonias muy potentes en la zona, organizando una sociedad multicultural, con una marca histórica importante de desastres naturales y conflicto bélico. En ella han estado **presentes colonias peruanas y bolivianas desde hace más de cien años**. En la última década el volumen de migrantes internacionales ha aumentado de manera importante sumándose la llegada de un nuevo contingente de inmigrantes provenientes principalmente de Ecuador y Colombia.

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

De acuerdo a datos de la Encuesta Casen 2011, el 9,3% de la población de la comuna se encontraba en situación de **pobreza**, tasa inferior a la registrada a nivel regional (13,1%) y nacional (14,4%) (8). Este indicador ha mostrado una disminución significativa en la cifras de la Encuesta Casen 2013, en el que la pobreza es de 6,2% según la nueva metodología de medición. De ello dan cuenta autoridades comunales que trabajan en conjunto con migrantes para ir superando las dificultades. La percepción es que los extranjeros están bastante organizados y esto permite conseguir ayuda y avanzar en la superación de la pobreza:

Detrás de la ZOFRI que es un barrio bastante vulnerable con presencia importante de microtráfico de drogas, como presencia importante de delincuencia, prostitución, mucha pobreza, pero con dirigentes vecinales bastantes empoderados, muy participativos y por lo tanto eso ha sido una red de apoyo para nosotros y también muy cercanos al equipo y al centro de salud, por lo tanto podemos desarrollar trabajo comunitario con apoyo de ellos bastante fluido, nos permite tener claridad de cual son nuestras organizaciones comunitarias, trabajar con ellos, entonces ese es un factor bastante importante que nos ayuda y que también ellos nos ayudan bastante con el tema de lo que es identificar ciertos determinantes sociales que pueden estar afectando a nivel salud de alguna población particular. **Entrevista 64, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

En relación a la vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social de julio del año 2013, en la comuna de Iquique, la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es menor que el porcentaje de hogares en esta situación en la región, pero mayor a la proporción nacional. Las condiciones de saneamiento de las viviendas de la comuna están en una condición similar a la población nacional.

Acá en Iquique todavía siguen con.... con el tema de vivir en cité, en piezas arrendadas, porque de hecho, o sea, en Iquique mismo, no hay lugares tampoco, e... para plantar campamentos, como no hay espacio físico... Mhm, el territorio no lo permite. **Entrevista 134, Autoridad de Salud, Mayo 2016**

Dadas las características geográficas y urbanísticas de la ciudad de Iquique, la aparición de campamentos es menos probable que en otras zonas del norte del país, lo que determina que el hacinamiento se materialice principalmente dentro de **viviendas regulares subarrendadas** (8). Generalmente son casonas grandes antiguas que se arriendan a familias por pieza y están en malas condiciones de mantención.

Mira aquí por decir la estructura digamos de vivienda es un poco... yo le hablo un poco deteriorada, entonces por la... colapso de muchas personas, los inmigrantes que hay acá... toca vivir con muchas personas en el mismo lugar y no se puede cuidar, muchas veces está dañado. **Entrevista 59, Hombre, Migrante Ecuatoriano, Diciembre 2014**

309

Respecto a las tasa de **delitos** el año 2012, ésta es mayor en la comuna de Iquique que en el promedio de la región y del país. Sin embargo, la tasa de denuncias por **violencia intrafamiliar** es menor en la comuna que en la región y mayor que el promedio del país (8).

Además de los indicadores cuantitativos recién presentados, la información cualitativa recolectada permite ahondar en las temáticas de vulnerabilidad de Iquique y, en particular, de la comunidad migrante. En esta línea, algunos entrevistados sostienen que en la comuna hay presencia de micro **tráfico de drogas** en algunos sectores vulnerables de la ciudad, así como **delincuencia** y **prostitución**. La mayoría de los inmigrantes entrevistados plantean que existe un prejuicio sobre ellos en estos ámbitos, algunos participantes incluso señalan que son injustamente amenazados por las policías debido a estos prejuicios:

Una autoridad pública o por decir un carabinero... PDI por alguna razón para no mas pedirte los documentos o saber quién eres, tú te va a sacar un arma de fuego, esas cosas te impresionan y las personas que no están preparadas para eso que le saquen un arma de fuego solamente para decirte ¡alto ahí los papeles! es algo impresionante, yo lo veo ilógico porque un arma de fuego supóngase que esté cargada y te pegue un disparo solamente porque te iba a decir tus documentos? Yo pienso que de otra manera, hablar! Por favor... Alto, mira o como le quieras decir, documentos, pero no le puedes sacar un arma porque si esa persona sufre de infarto algo así, al verse con un arma puesto en la cabeza, pero aquí muchas veces... **Entrevista 59, Hombre, Migrante Ecuatoriano, Diciembre 2014.**

Existen en la comuna interesantes acciones para disminuir el riesgo social, como estrategias comunitarias desarrolladas para enfrentar estos problemas. Las autoridades reconocen la presencia de dirigencias vecinales muy participativas y empoderadas, especialmente entre las diversas comunidades migrantes. Éstas son valoradas por las autoridades como un nexo para detectar necesidades y generar respuestas.

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

En la figura 3 se presenta la distribución de vulnerabilidad social en población total comunal por manzana censal. La figura 4 presenta la misma información, solo para migrantes internacionales.

El mapa de la Figura 3 de distribución de vulnerabilidad en Iquique 2002 señala una composición concentrada de la vulnerabilidad de la población total de la ciudad. La población más vulnerable se concentra en el centro histórico de la ciudad y en la zona del Cerro Dragón (Oeste). En ambos casos, las manzanas con mayor vulnerabilidad se encuentran próximas a zonas con un rango de vulnerabilidad importante dentro de la ciudad. Esto sugiere un análisis de lo que sucede en la composición sociodemográfica al interior de las manzanas, pero también un análisis relacional con el entorno inmediato a las mismas (por ejemplo escalas de barrios o sectores).

En cuanto a la vulnerabilidad de inmigrantes, la población inmigrante vulnerable para el año 2002 aparece más concentrada que la población total (Figura 4). Especialmente se concentran en zonas industriales (norte de la ciudad), seguida de una concentración menor en el centro histórico, y una zona más extensa en los faldeos del Cerro Dragón. En términos de proximidad, la vulnerabilidad de inmigrantes aparece como un fenómeno más acotado pero al mismo tiempo más concentrado, próximo a zonas con rangos mínimos de vulnerabilidad sociodemográfica de inmigrantes.

En resumen, la distribución espacial de la vulnerabilidad en Iquique sigue un patrón de concentración, sobre todo en el centro histórico y los faldeos del Cerro Dragón. Cuando miramos lo que ocurre con la vulnerabilidad en inmigrantes, estos aparecen más concentrados y al mismo tiempo más aislados en cuanto a su proximidad con manzanas censales con vulnerabilidad mínima.

Figura 3.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Iquique respecto de su población total, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad en Iquique 2002



Figura 4.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Iquique respecto de su población migrante internacional, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad de Inmigrantes en Iquique 2002



4. La salud de la comuna

4.1. Descripción general de la salud de la comuna

De acuerdo a los datos del Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social del año 2014 la proporción de la población comunal afiliada a Fonasa que pertenece a los grupos A y B (53,5%), de menores ingresos, es menor que el promedio regional (57,7%) y del país (60,1%) (8), para atender los problemas de salud de la población en general se cuenta con variados recursos e infraestructura del área pública, entre los que se encuentran un Hospital y Centros de Atención Primaria, entre otros. De acuerdo a datos de la Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) 2011 (9) la población inscrita en servicio de salud municipal en la comuna, es de 134.447 (9).

Nosotros también lo tenemos del punto de vista en nuestras inscripciones de per cápita o en las mismas fichas clínicas, nosotros evidenciamos que hay una cantidad de inmigrantes mucho mayor. **Entrevista 67, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

En términos de acceso a la salud, las autoridades entrevistadas en Iquique sostienen que se ha visto un aumento significativo de la población extranjera, principalmente en atención primaria de salud. La principal presencia de la población inmigrante, las autoridades la ven en gestantes.

Al igual que lo observado en otras comunas, las mujeres embarazadas de origen migrante suelen acudir al primer control de embarazo de manera tardía:

La embarazada ya de partida ingresa con embarazo tardío acá que es lo que no acostumbran a hacer nuestros usuarias...Ya llegan con un embarazo, con la guatita y ya a punto de tener la guagua. **Entrevista 68, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Otro indicador de salud de la región es la **esperanza de vida**. En la comuna de Iquique es menor que la de la región en su totalidad, tanto para hombres como mujeres (9). Por otra parte, la tasa de mortalidad general en la comuna de Iquique (quinquenio 2005-2010, ajustada a la población del año 2003) es de 4,0 personas por cada 1.000 habitantes. La tasa de **mortalidad** infantil de la comuna en el decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) llega a 8,0 niños. Según la misma fuente el año 2010 la **tasa de natalidad** en la comuna fue de 18,4 niños por cada mil habitantes. Al igual que en otras comunas, en el marco de la información obtenida mediante entrevistas cualitativas se puede constatar que los embarazos en la comuna parecen ser en mayor proporción de migrantes que de usuarias chilenas (9)

Incluso algunas autoridades de salud especulan que las gestantes vienen a Chile con el objetivo de dar a luz en el país, accediendo al programa Chile Crece Contigo ya que este les provee de una serie de beneficios para ellas y sus hijos, los que pueden ser mejores que los que tienen en su país de origen.

Eehh y creo que mucho tiene que ver, ahora... esto es una apreciación personal y del equipo... con los beneficios que se le dieron a las gestantes cuando digamos, la política pública del Chile Crece Contigo... Pero también hizo un llamado digamos a las poblaciones extranjeras a sumarse a eso, ¿ya? ... Y eehh, las migrantes ingresaban en el último trimestres, o sea venían exclusivamente a atenderse antes del parto. [I: Claro] Y después tenían su parto... Todas estas gestantes migrantes, especialmente de Perú eehh ingresan antes del primer trimestre, o sea está todo fríamente calculado. Ellas hacen su ingreso, hacen sus 7 u 8 controles en el establecimiento, los talleres de gestante, los talleres en el hospital y tienen su parto... Se nota que hay incluso hasta como una organización familiar de los migrantes para tener sus controles acá para tener a su guaguita. **Entrevista 67, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

El testimonio de una de las migrantes participantes de un grupo focal, quien tuvo a su hijo en Chile, da luces sobre este tema:

Y, y yo tengo acá por unas amigas... igual me vine, éramos 5... de 5 quedamos 2 por la situación que quedamos embarazadas, cometimos el error... pues cuando tu quedas embarazada acá, igual va a ser ilegal, luché para tener mis papeles en regla. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

En los testimonios captados por medio de entrevistas cualitativas existe la percepción de que los migrantes se organizan en Iquique para recibir prestaciones que protegen la salud de sus familias, especialmente los niños y niñas. Acceden de manera masiva y ordenada a campañas de medicina preventiva largamente instaladas en Chile desde la salud pública. Se sostiene además que algunos no son migrantes instalados en el país, sino que vienen a Chile solo por unos días, especialmente para estas campañas:

Y en realidad para una serie de beneficios universales, más de además de controles de embarazo y parto hay otros beneficios universales y gratis que son; el control del niño sano, vacunaciones, entrega del alimento por parte del programa nacional de alimentación. Entonces va todo de la mano, lo que dice E, de que ellas ya saben cuáles son los beneficios que se dan. Pa nosotros hemos tenido las campañas masivas de vacunación. A mí me ha tocado vacunar y yo te digo que aquí en la plaza he vacunado así mil personas y setecientos son extranjeros. O sea ellos saben incluso cuando nosotros estamos en campaña y ellos cruzan las fronteras, como están todos estos convenios ehh regionales con los países vecinos es muy fácil. Ellos presentan su carnet de identidad para cruzar, incluso en Arica hay un convenio antiguo que dice que las personas pueden salir a trabajar sin pedir ningún tipo de autorización por 7 días. **Entrevista 67, Autoridad de Salud, Diciembre 2014**

En las entrevistas realizadas a autoridades locales en el marco del Proyecto FONDECYT 11130042 se relata que existe una **alta vulnerabilidad** entre la población extranjera de Iquique, lo cual **afecta directamente en su salud**. Por una parte, se observa la temática de drogas como un factor asociado y otros factores relacionados directamente con la salud, por ejemplo las deficientes condiciones de trabajo, todo lo cual aumenta la vulnerabilidad de la población en general de la comuna, y de los inmigrantes en particular:

Esta población en general, es una población de alto riesgo, diría yo, biopsicosocial, por una gran cantidad de extranjeros que se atienden en nuestro centro de salud, ¿ya?. Población que en general, presenta una gran rotación, una gran rotación del lugar donde vivir, que presenta alta vulnerabilidad social... económicamente de un comercio ambulante; acá en Iquique se da mucho esto de, de que compran en la ZOFRI productos y cualquiera se instala y en una, en la calle venden, no sé si ustedes vieron afuera del CESFAM y tenemos y hemos luchado para sacarlos, pero ha sido imposible, al final ya, como que eso cansa un poco. Entonces... Alta problemática de salud mental en nuestra población, porque también hay un daño generado también por el consumo de la droga, que es mucho en la zona norte, por el acceso que existe, por lo tanto, eso también marca el prisma de nuestra población... **Entrevista 71, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

De acuerdo a las autoridades locales la población extranjera de Iquique se atiende principalmente en el sistema público de salud, concentrándose en los CESFAM Aguirre y Cirujano Videla. Este último centro de salud se encuentra emplazado en una zona de riesgo por inundaciones, producto de desastres naturales como terremotos, tsunamis y marejadas(5).

El sector lo maneja el consultorio XX, entonces ellos tienen... e si tú te vas a dar cuenta en la cifras básicas que tenemos que efectivamente es el consultorio que concentra mayor población inmigrante. Entonces la idea, ellos se van a eh, eh este consultorio se traslada a otro lugar pronto (...) El XX se cambia a un colegio (...) ya que está en la zona de inundación. **Entrevista 66, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

En esta administración actual lo que se espera no cierto, es favorecer una política que facilite el acceso de las personas a la atención de salud y la integración de los migrantes a las políticas públicas del país. En ese contexto yo les puedo contar que efectivamente nos pidieron un diagnóstico, que presentáramos un diagnóstico al ministerio en esta jornada, la verdad es que información es muy poco lo que podemos levantar, porque en salud no se considera una variable la nacionalidad. Entonces la información que levantamos es muy básica, pero que da cuenta de la situación ya de lo como se está dando de la situación de los migrantes en cuanto a su atención de salud. **Entrevista 66, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

313

Además, las autoridades sostienen que en la comuna de Iquique, los centros de salud se deben hacer cargo de la salud de numerosos migrantes que **viven en Alto Hospicio, pero que como trabajan en Iquique se atienden cerca de su lugar de trabajo.**

Una de las dificultades reportadas por las autoridades para mejorar la atención es precisamente la ausencia de datos confiables. Muchos migrantes no han realizado exitosamente sus trámites migratorios, o declaran domicilios falsos, por lo que obtener estos datos estadísticos se complejiza aún más:

Entonces yo creo que ahí falta un estudio mucho más profundo porque los datos que existen no concluyen [1: mm] No son concluyentes"... "ciertos nudos críticos con lo que yo les explicaba recién, que no tienen acceso al medicameento, que no tienen un domicilio establecido por lo tanto para ubicarlo... Se relaciona más con eso. **Entrevista 67, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

Respecto a los indicadores de salud de la población inmigrante, la comuna ha realizado un diagnóstico pero fue muy poco lo que pudieron concluir, ya que dentro de los protocolos de atención habituales no se cuenta con datos desagregados por la nacionalidad de las personas:

Junto con lo anterior, desde el año 2015 Iquique forma parte de las comunas seleccionadas por el Ministerio de Salud, a nivel nacional, para el desarrollo de un plan piloto en Atención Primaria para la salud de la población migrante que orienta y apoya el acceso a la atención de salud a personas inmigrantes:

Nosotros, tenemos un , un, un convenio piloto que, eee..., implementamos con la, la Seremi del Servicio de Salud, a partir del año pasado, de Agosto, hemos hecho toda una, eee..., una campaña de..., de..., todas las leyes que amparan a los inmigrantes” ... Y ahora le va a dar un rut a la persona, migrante, que se acerque a nuestros consultorios y que diga, que no tiene recurso económico, para, para pagar su salud, o nosotros enviamos la información al Fonasa, y el Fonasa les va a dar un rut provisorio, hasta que arreglen su situación. **Entrevista 131, Autoridad de salud, Mayo 2016.**

Incluso vamos a sacar ahora, un manual de atención de los inmigrante, para los funcionarios, para que tengan todas las leyes, todas, las resoluciones que amparan la atención del inmigrante, como orientarlo y además, también, ya tenemos en imprenta, una guía de apoyo para el inmigrante, donde salen ahí, toda la red... todos los beneficios que pueden optar, también igual que cualquier chileno y donde sale también toda la atención que nosotros les damos justamente a los menores de dieciocho años, a las embarazadas, etc., etc, sale también los calendarios de vacuna de todos los países” **Entrevista 131, Autoridad de salud, Mayo 2016.**

El programa ha sido implementado de manera comunitaria, tomando en cuenta a los diferentes actores involucrados:

Hemos trabajado con las comunidades de inmigrantes, acá se conformó una mesa técnica... “folletos, para e..., repartir, dentro de los CESFAM, de todos los trámites, que tienen que hacer lo, lo inmigrantes, para poder, tener acceso a la salud, hicimos dos spot publicitarios, que los vamos a pasar, ahora luego en un mes más, en el canal local y dos spot radial, también, para pasarlos en la radio”. **Entrevista 131, Autoridad de salud, Mayo 2016.**

Este **programa piloto parece haber sido exitoso**, ha tenido buena aceptación por parte de autoridades, funcionarios, trabajadores y migrantes. En un año se han logrado importantes avances en la implementación de protocolos de orientación a los migrantes. El objetivo es que los migrantes puedan acceder a las prestaciones sin encontrar barreras, o bien adelantándose a ellas y dándoles respuesta. Se han contratado profesionales que van a los lugares frecuentados por los migrantes y entregan diversas herramientas de solución:

Igual tenemos contratadas dos asistentes sociales” ... “Se les entrega información, de cómo solucionar sus problema de visa y además, que eso significa que va a poder también, tener atención en salud, y en relación, por ejemplo, nosotros tenemos médicos ecuatorianos, trabajando en la APS, tenemos, otros profesionales también, de otros países, trabajando también con nosotros, así es que yo creo, que hemos ido adelantando en lo que es, e..., en la no, en la no discriminación, de, de los extranjeros. **Entrevista 131, Autoridad de salud, Mayo 2016.**

4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

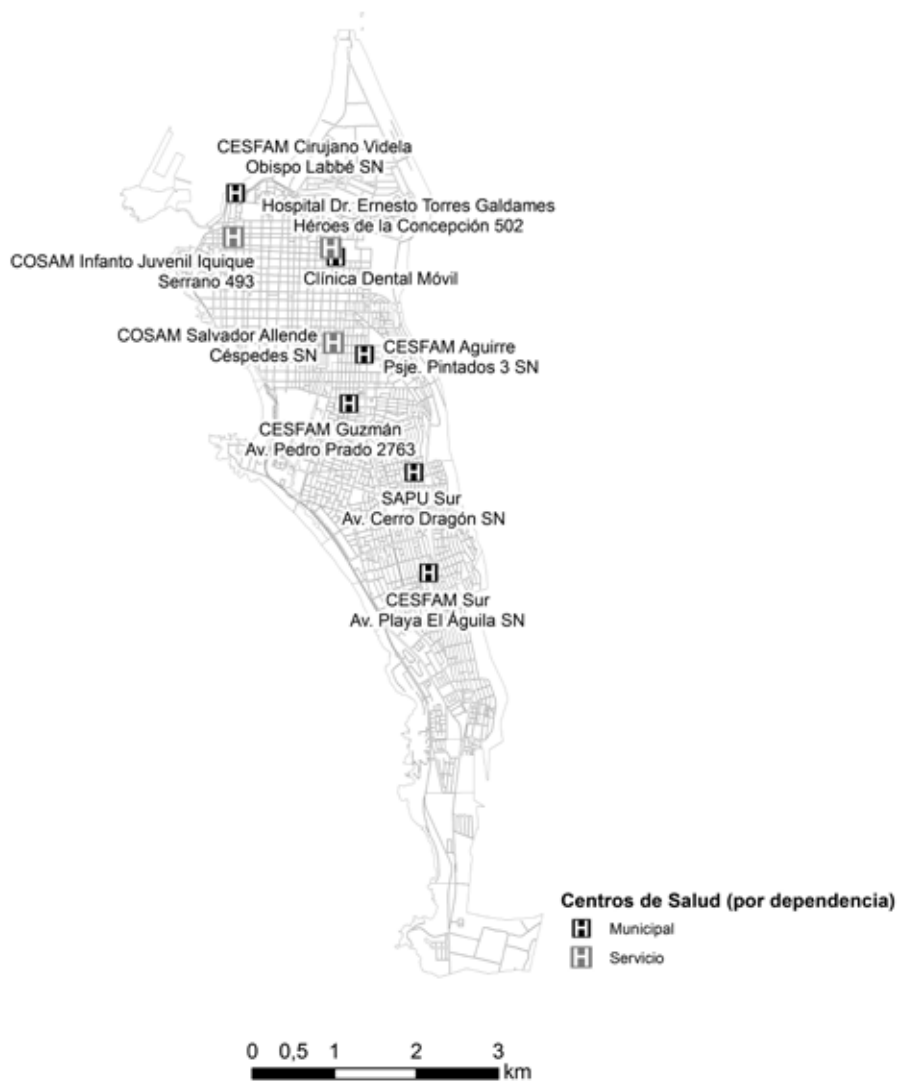
La localización espacial de centros públicos de salud primarios y secundarios en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

La Comuna de Iquique cuenta con un Hospital Público (Dr. Ernesto Torres Galdámez), y cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM), estos son: Sur, Cirujano Videla, Guzmán y Aguirre. La ciudad y comuna de Iquique también cuenta con dos Centros de Salud Comunitaria (COSAM) cuyos nombres son Infante Juvenil de Iquique y Salvador Allende; y un Servicio de Atención Primaria de urgencia (SAPU). También la comuna cuenta con una Clínica Dental Móvil.

Figura 5.

Mapa de distribución espacial de servicios públicos de salud de la comuna de Iquique.

Distribución de Centros de Salud en Iquique



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

5. Historia de Inmigrantes en la comuna y su relación con la salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Las principales **razones para migrar** a Chile reportadas por las personas entrevistadas en el marco de la investigación están vinculadas, a causas económicas, búsqueda de empleo para con ello poder dar mayor estabilidad económica y un mejor porvenir a sus familias. En este sentido, las personas inmigrantes que fueron entrevistadas sostienen haber venido a Chile cargados de esperanzas de lograr prosperidad y estabilidad económica:

La primera para buscar un mejor porvenir, la segunda para tener una estabilidad económica para pues poder sacar a mi familia, pues adelante y la tercera pues lo que siempre nosotros anhelamos, trabajar y ahorrar una plata para uno independizarse cuando llegue a mi país, juntar algo que sea de uno. **Entrevista 62, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Yo llevo aquí 6 años y inmigré porque mi mamá se vino primero, a la situación de mi país desgraciadamente es mala, tenemos buena salud, buena educación, buenos colegios, pero no nos sirve si el sueldo es miserable y la canasta familiar, tu ganas 500 dólares, cuesta 500 la canasta, no ahorras, entonces desgraciadamente eso nos hizo migrar, desgraciadamente escogí Chile no porque era un país que yo conocía. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Las razones por las cuales los entrevistados sostienen haber **elegido Iquique como destino** para migrar se refieren principalmente al haber contado con **redes de familiares o amigos** establecidos previamente en esta ciudad. Además, algunos sostienen que han elegido Iquique por ser una **ciudad tranquila** en comparación, por ejemplo, a Santiago. Dicen que en el momento de migrar estaban buscando, junto con un mayor bienestar económico, un cambio de vida. Por eso la elección de una ciudad que no fuese capital los atrajo:

Porque acá hay una cuñada mía, me estaba esperando y era la única que yo conocía acá, y me recibió normal y ahora está de vuelta en Colombia, como hace cuatro días se fue **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Como un año, recién si y me vine con mi hijo porque acá vive la mamá de mi esposo. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

No me gustó Santiago (...). Muy acelerada la vida! (...) Me recomendaron para acá, otro amigo me recomendó acá Iquique y me regresé y aquí ya llevo más de cinco años. **Entrevista 58, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

En términos generales, las personas entrevistadas comentan que la **experiencia de migrar** a Chile ha estado marcada por sacrificios y vivencias extremas en algunos casos. Muchos relatan las carencias que experimentaron al llegar a Chile, el tener que adecuarse a muy malas condiciones de vida, pero resaltan el hecho de que Iquique ofrece un buen clima lo cual aminora dichas vivencias:

Cuando llegamos acá llegamos con una maleta que teníamos, nada más, yo traía mi maleta y mi tía su maleta y alquilamos una pieza donde vivíamos, acá estaba mi tío primero, no teníamos nada, y la primera noche que dormimos acá fue en unos cartones siempre a dónde íbamos, íbamos llevando las sábanas, todo lo de uno pues ¿no? Y así conseguimos cartones y dormimos, donde arrendamos la pieza, la señora dijo y ¿va a traer sus cosas? No dijo mi tía estas cosas son de nosotras. Este es nuestro equipaje, cada uno con su maleta, los tres ahí parados y de ahí tendimos los cartones y nos acostamos. Pasamos casi un mes comiendo, de un almuerzo, comíamos los tres porque nos daba miedo salir así, porque los carabineros andaban por todos lados, pero en esa semana la primera semana nos conocimos todo Iquique porque nos subíamos en la micro y nos íbamos. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

En el relato de inmigrantes es posible identificar diversas **experiencias en torno al ingreso al país**. Llama la atención las vivencias negativas relatadas por varias mujeres entrevistadas, todas ellas relacionadas a Chacalluta, paso fronterizo legal que, de acuerdo al testimonio de las personas entrevistadas, pone una serie de trabas para el ingreso al país:

Lo que te hacen es, firma aquí un papel, tú firmas aquí sin derecho a leer y me devuelves a tu país esos te joden la visa para toda la vida, porque ese papel que tu firmas con letras chiquititas dice que tu estas renunciando por cualquiera de las fronteras a entrar y todas las personas lo ven pero nadie puede quejarse porque si tú hablas, el carabinero no te va a dejar pasar. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Si, horrible y como uno es negro no lo dejan entrar. Esa experiencia si fue dura, porque mira yo entré por aquí por Tacna llegue aquí normal... Llegué y me dijeron que no, que no podía entrar y me fui por Bolivia, llegue por Bolivia y nosotros como no estamos acostumbrados al frío ¡J! Sentí que ya me iba a ir pero gracias a dios pasé normal... **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Respecto del ingreso al país, hay quienes relatan haber sido **rechazados para ingresar** en Chacalluta y haber realizado todo el viaje hasta Colchane, pasando a través de Bolivia para intentarlo nuevamente, esta vez con éxito:

Y ahí como no me dejaron ingresar, me entré por acá por Colchane ilegal si con unos coyoteros y pagué como 300 mil pesos igual me, me pasaron. Estuve casi 18 días con una sola botellita de agua y aguantando el frío porque eso uff... más que tienen todo en invierno. Resulta que traía mi colchita y ahí cuando venía la noche uno tenía que acostarse por donde sea"... "Nosotros también pasamos así, yo me vine con mi tía, nos vinimos por Bolivia y nos quisieron jugar chueco ahí porque ellos querían cobrarnos más y mi tía como tiene su genio a la final nos trajeron al camino, llegamos a la frontera y luego nos cambiaron a otro carro. Nos hicieron caminar, fue duro, fue bien horroroso. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Además de las denuncias de malos tratos por parte de personal de aduana y carabineros, varias personas relatan experiencias de **ingreso ilegal al país**, de mafias que realizan tráfico humano con inmigrantes (llamados "Coyotes"), todo lo cual hace que la experiencia de ingreso a Chile sea una vivencia hostil, que marca el viaje de esta población.

El ingreso de manera ilegal al país determina las posibilidades de conseguir empleo, vivienda, salud, e impacta negativamente en la vida de estas personas. Sobre el ingreso de migrantes de manera irregular se indaga de manera específica en el marco de las actividades del Proyecto FONDECYT 11130042 (2016) y vinculado a esta temática, los plazos de regularización de trámites migratorios en la ciudad de Iquique.

El objetivo es conocer la percepción de las autoridades locales sobre las dificultades que se generan en la frontera, referidas por migrantes. Sólo una de las autoridades consultadas de manera específica respecto de esta temática, tenía alguna información o referencias sobre la existencia de “Coyotes”, apodo que se les da a las personas especializadas en entrar irregularmente a inmigrantes dentro del territorio chileno. Una de las autoridades consultadas sobre este tema en el año 2016 había escuchado referencias sobre esta realidad.

Claro, no la dejaron pasar, nunca supe porqué... porque después yo revisé su pasaporte y su carné de identidad y que le dijeron a qué venía, ella le dijo, no... que venía a ver un familiar, entonces le dijeron que no, que no podía pasar... I. Mhm... P: Te fijas? entonces, que hizo ella... se fue de Perú a Bolivia, de Bolivia, se vino por... por Oruro, no sé porque parte y cruzó y cruzó por ahí, porque parece que también, no... Bolivia, no, ella, ella le pidieron a un hombre que la trajera, un Coyote. **Entrevista 131, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

En el año 2016, la temática de regularización de condición migratoria pareciera tener algunos avances con iniciativas desde la propia comunidad migrante, entre otros.

Algunos migrantes ya residentes, ayudan y orientan a otros a regularizar su situación migratoria:

Tratar de hacer las cosas como corresponden, para no tener problema, entonces, a raíz de eso, empecé a involucrar en el tema de extranjería, me conocí con la jefa de extranjería, de donde somos nosotros de Iquique, y..., y... tuvimos buena empatía, había muchas reuniones que hacía respecto a los extranjero, etc., etc, y desde ahí, eee..., eee, empecé a conocer bien del tema de la extranjería, de hecho aprendí mucho, me invitaban a talleres, también envié una carta, donde me podían invitar, entonces de verdad (...)Y por eso, le brindo asesoría a mi compatriota, cuando no, no conocen na, entonces, por lo tanto, a mí no me ha ido mal, porque me dedique de lleno a conocer la ley, para hacer mi papeles y para orientar a mi compatriota. **Entrevista 132, Hombre, Migrante colombiano, Mayo 2016.**

Las trabas producidas por la situación irregular en el país no solo afectan a las personas adultas que migran, sino también a los **niños y recién nacidos**. Así, por ejemplo, a través de las entrevistas fue posible identificar una práctica común entre mujeres inmigrantes en Iquique que es la de escapar de los hospitales una vez ocurrido el parto de sus hijos. Esto lo hacen ya que dicen no contar con el dinero para cancelar el hospital, lo cual conlleva una serie de consecuencias:

No, no la puedo inscribir [a la hija recién nacida en Chile], y por eso no puedo trabajar o sea ni aunque yo quisiera, yo puedo ir pagar mi multa y buscar quien me haga un contrato y ponerme a trabajar pero no puedo porque no tengo quien me cuide mi bebé (...). En mi país ella no existe, es complicado, para yo poderla registrarla allá en Colombia ella tiene que estar con los papeles acá. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

La principal consecuencia percibida mediante los relatos es que **los hijos no son registrados en el registro civil y, por ende, no existen en el país**. Esto impide su inserción en la sociedad y a la vez, imposibilita sacarlos del país para poder regresar con ellos al país de origen.

Pareciera que la experiencia de migrar y la forma en que se ingresa al país impacta fuertemente en todos los planos a las personas migrantes. En lo emocional, en aspectos sociales y finalmente sanitarios. Para una persona en condición irregular todo se hace más complejo. Arrendar una casa o pieza sin poder firmar, acudir al centro de salud sin tener número de RUT para abrir una ficha y enrolarse, trabajar sin exigir un contrato que les asegure leyes sociales adecuadas, entre otros.

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

Muchos inmigrantes sostienen sufrir **discriminación** en Chile. Una parte importante de los relatos de discriminación se vinculan al **color de piel** de personas provenientes principalmente de Colombia:

Y a mi hijo que es más morenito que ella, no me lo querían dejar pasar, porque me dijo, no si él tuyo es colombiano me dijo y yo le digo y que pasa que sea colombiano igual es gente. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Sí, horrible y como uno es negro no lo dejan entrar. Esa experiencia si fue dura. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Las instituciones, de acuerdo al relato de las personas entrevistadas, no se quedan al margen de estas prácticas discriminatorias siendo las más nombradas carabineros y la Policía de Investigaciones, PDI.

En cualquier parte después que sepan que tu eres inmigrante, o así vayas a comprar, no te atienden o la PDI o los carabineros van y te hablan de... disculpe la expresión: culiao para allá, culiao que tus documentos!! ... y te van maltratando, y señor carabinero pero no me... ¡No!, o sea tiene que ser lo que ellos digan porque son autoridad y no debería de ser así, entonces uno siente a cada rato, se siente como discriminado, te ven como un bicho malo, entonces para mí eso está mal, porque todos somos humanos. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014**

Así, tanto en la calle como en el trato con las instituciones los entrevistados dicen percibir con frecuencia **prejuicios por parte de la población local**. Los prejuicios específicos levantados en Iquique vinculan a las mujeres a la prostitución y a los hombres a la delincuencia:

Mira la otra semana entró un ecuatoriano, el ecuatoriano pasó y la niña que venía atrás por ser colombiana le dijeron; tú no vas a entrar, les dijo: pero si traigo mis papeles, no... porque tú vienes a ser puta. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Si dicen así, dicen vienes a llevarte la plata de mi país, ni siquiera trabajo, fuera que trabajara pero ni así. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Acá cuando uno dice que es colombiano piensan que es ladrón o que uno tiene a quitar lo que es de ellos algo así. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Se percibe que estos prejuicios son muy fuertes y que impiden que las personas colombianas se puedan insertar en la sociedad. Los hombres colombianos relatan ser acosados constantemente por las autoridades tratándolos de ladrones y narcotraficantes. Las mujeres dicen ser acosadas en todas partes por hombres que quieren establecer comercio sexual con ellas, sin siquiera preguntarles si ellas se dedican a la prostitución. Las personas entrevistadas mencionan que el centro de la ciudad de Iquique es uno de los ejes donde se manifiesta mayormente la discriminación y los prejuicios, principalmente respecto a la población colombiana. Esto lleva a que la población de Colombia diga sentirse la más discriminada de Iquique, por sobre otras nacionalidades a las cuales no les recaerían todos estos prejuicios negativos:

A los colombianos. Si nosotros... cien por ciento yo creo que a nosotros no nos quieren... mejor dicho, si ustedes nos pudieran coger a todos los colombianos y echarnos en una botellita y tirarnos al mar así, uf ya que rato, colombiano pasarían desapareciendo, hace rato ya lo habrían hecho, nos discriminan ciento por ciento aquí. **Entrevista 62, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Otro de los aspectos por lo que las personas entrevistadas dicen ser discriminadas es por sus **costumbres de vida** y el trato que tienen con las personas, las cuales dicen son muy diferentes a las locales:

No, si tú te quieres divertir tienes que ir a la rumba, porque si tú vas a una pieza, tu pieza le subes el volumen, porque siempre la cultura de nosotros es así, ya escuchar y hablar duro, y la alegría pongamos, sino tomar una cerveza y si no tocar y bailar o escuchar, vamos, hacemos la rumba, pero aquí no, aquí nos tenemos que restringir de todo eso ¿ya?, porque si tu colocas música alta, que el vecino, que al de allá le fastidias, que al señor de las dos cuadras le fastidias, carabinero fum!, entonces nos restringen de todo eso. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014**

318

La discriminación no solo se manifiesta en la relación entre la población chilena e inmigrante. También se observa una **discriminación entre inmigrantes**. Existen una serie de prejuicios entre personas de distintas nacionalidades lo que se presta para que existan roces y discriminación entre ellos:

A los colombianos, hay mucho peleador, entre las mujeres se dan uh dejan la cagada en todos lados, no se saben comportar. Pero si ahorita no más mataron, se mataron entre colombianos ahorita. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Nosotros desgraciadamente estamos más con los colombianos, lo que ustedes tienen de colombianos, es nada! porque nuestro país es tan chiquitito, pero la mitad es de colombianos y la mitad es de ecuatorianos y ahora últimamente tenemos hasta cubanos que están invadiendo! pero a diestra y siniestra" ... "en el país de nosotros entran como Pedro por su casa y la guerrilla como nos amedrentan nos dicen: no mira... yo voy a sembrar tantos kilos de tu tierra, si tú te opones, te mato. Se llevan a los hijos, se llevan a las mujeres, los meten a la guerrilla, entonces... y otro que no se saben comportar, no se adaptan a la sociedad en donde viven" ... "los colombianos no, ellos vienen con eso de que ellos son ellos y tienen que respetarlos en donde sea, no es así uno tiene que aprender a convivir donde va. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014**

La gran mayoría de las personas entrevistadas sostiene que les es difícil conseguir **vivienda** en la ciudad de Iquique tanto porque consideran que los arriendos son muy caros, como porque sostienen que a ellos no les arriendan por el hecho de ser extranjeros. Además, la mayoría de las personas entrevistadas sostiene que éstas son malas, carecen de mantención a pesar de ser en su mayoría antiguas y que se ven afectadas principalmente por el hacinamiento en que viven, lo que acarrea inseguridad e insalubridad.

Aquí la vivienda te cobran caro y no cumplen con la ley: aquí una piecita 60, 70, 80 mil pesos, y en una casa hacen diez, quince piezas y viven 30 personas, por decirlo así y un solo baño para esa casa. Y no son casas bien sino que las forran con cholguán y techo ahí ya y listo, va a vivir ahí... si quiere bien si no entonces la vivienda... ya por el hecho de ser migrante, pero uno ya está pagando. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Y las pieza más barata cuesta \$70.000 pero es de cholguán, de madera. Yo vivo así en una de esas"... "Poco espacio, cuando cocino ahí en la pieza, la electricidad que puede hacer contacto, a parte como es de madera puede haber cualquier incendio un choque eléctrico que puede provocar el incendio, eso. **Entrevista 63, Mujer Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Existen varias experiencias de incendio de las viviendas producto también del hacinamiento y las malas condiciones en que viven. De este modo, las personas entrevistadas reconocen que las condiciones de vida, principalmente el **hacinamiento**, acarrearán una serie de consecuencias en diversos ámbitos, entre ellos, el de la salud. Muchas de las mujeres entrevistadas relatan que los más afectados por el hacinamiento son sus hijos. Muchos niños se deben quedar solos en sus piezas mientras sus madres trabajan, y ellas viven con temor ya que dicen que si las autoridades los descubren solos les pueden quitar la tuición.

También dicen que la **vida sexual** de las parejas se ve muy afectada por esta situación. La falta de privacidad, el estrés y la discriminación que recae sobre ellos, impacta negativamente en esta área:

Fatal también poh, no dan ganas. Tu puedes tener muchas ganas pero, o sea, uno siempre tiene que limitarse porque cuando uno vive con niños así hay que esperar que se duerman o no estén. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Otro tema que aparece con fuerza es el constante **temor al abuso infantil** que se produce en contextos de hacinamiento. Por una parte, las mujeres dicen temer que sus vecinos puedan abusar de sus hijas cuando estos están solos o incluso cuando van al baño. Por otra parte, dicen temer del posible abuso que pueda ocurrir al interior de la familia como consecuencia de estar todos tan apretados compartiendo camas:

Yo tengo una lola de 12 tiene que a veces la tiene que ver su hermano como se viste porque desgraciadamente el hacinamiento es así, claro cada quien se respeta pero usted sabe que ahorita que el mundo esta tan malo, las violaciones y todo eso uno igual por mucho que sea su hijo varón, esté el papá este quien sea una igual esta con esa chispa y esa alerta de que algo puede pasar. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Un tema particular que apareció en Iquique es respecto al **robo de niños** que relataron un grupo de mujeres ecuatorianas. Ellas sostienen que es sabido que existe un tráfico de órganos en el norte del país. Las mafias roban a los niños migrantes y los matan para quitarles sus órganos y luego venderlos. Esta situación las mantiene en alerta máxima:

Ahora con la cuestión de que se roban los niños de que las violan todo eso me llevo y estoy como traumada sinceramente estoy así nerviosa y dije sabí que me voy a ir de vacaciones yo misma dije me voy a ir de vacaciones ahora como sale vacaciones, o sea, febrero sale ahorita en verano voy a pescar y me voy a ir a relajar porque estoy nerviosa con mi hija, sueño, eh no puedo dormir. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Respecto al **trabajo**, Iquique es un polo de atracción laboral ya que generalmente es fácil para inmigrantes encontrar trabajo. Aun así sostienen que las condiciones laborales han cambiado en el último tiempo exponiendo a las personas en situación irregular a que no les paguen por el trabajo realizado o a ser explotados en sus trabajos a través de horas extra no remuneradas.

Ahora han cogido que si no tienes papeles no te dan trabajo y si te dan trabajo, no te pagan lo que es, y no puedes reclamar, porque estas ilegal, si tú tienes papeles ya tu reclamas, pero si no tienes, eso es lo que hay y listo, como llega bastante gente se aprovechan de la situación" **Entrevista 62, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

319

Además, fue posible encontrar relatos donde se sostiene que los empleadores no cumplen con las normativas y, por ende, los extranjeros se encuentran sin derecho a salud, situación que queda en evidencia en la entrevista a un migrante colombiano de Iquique:

Mira, te cuento que la otra vez yo estaba trabajando en una empresa y me descontaban mi salud, me descontaban como cuarenta y pico del Ministerio de salud y un día me doble el tobillo. Fui y... yo ya llevaba como tres meses en la empresa, cuando fui para que me dieran un papel para ir a FONASA para que me atendieran, el caballero me dijo ¡no! pero si tú no estás pagando seguro, pero ¿cómo así si tú me lo estas descontando? Me dijo: no... Porque tú tenías que ir a FONASA... Sacar un formulario, traerlo acá, llenarlo y le dije ¡no! pero si usted me dice que usted es el encargado de todo eso, me dice no, es que aquí todo el mundo sabe eso, le dijo ¡no! todo el mundo no, porque nosotros somos extranjeros. **Entrevista 62, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

La situación irregular en el país también se debe, en muchos casos, a la informalidad en los trabajos, cuando el empleador no les hace un contrato y eso expone al inmigrante a quedar indocumentado. Los inmigrantes irregulares se sienten constantemente amenazados con ser deportados por las autoridades comunales:

Bueno si, al principio me donde trabajé la primera vez los 8 meses nunca me hicieron contrato, ya pero yo ya había mandado los papeles por la Amnistía y no me quisieron hacer contrato trabajaba 8 meses ahí me pagaban cuando querían. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

El tema de la **educación de niños inmigrantes** en Chile es muy sensible ya que está sujeta al estatus migratorio de los padres. Esto genera una inestabilidad en el proceso educativo de los niños y niñas, ya que si cambian de estatus migratorio de regular a irregular estos son sacados de las escuelas:

Con los niños es un caos, yo no sé si ustedes todas si están si tienen hijas si han traído para estudiar pero es duro, es duro a mi hija la sacaron 2 años seguidos de la escuela y lloraba a mares por los papeles, no era culpa mía yo ya los tenía adentro pero desgraciadamente el sistema es tan malo y tan lento, que me dijeron su hija se va, el ministro de educación la sacó, ah tu eres extranjera, te vas así, ni siquiera te, te dijo sabe que mi hija, no, así tajante, tú te vas. Mi niña llegó llorando a la casa y me dice no, me sacaron de la escuela porque no tengo papeles. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Gran parte de las personas entrevistadas ha dejado hijos en los países de origen. Esta experiencia dicen que es muy dolorosa ya que la distancia y la preocupación constante por sus hijos marca sus vidas en Chile. La preocupación por los suyos se traduce en el envío mensual de **remesas** a las familias en el país de origen. Sostienen que a eso vinieron a Chile, a trabajar y con ello poder mejorar la calidad de vida de sus familias. Con este objetivo en mente, dicen poder soportar todos los sacrificios propios de la condición de inmigrantes, incluso el quedarse con muy poco dinero para subsistir y así para poder enviar la mayor cantidad posible a sus familias.

Si súper difícil, estar aquí sin mis hijas. Yo no he podido salir de acá, la conocen por fotos (a la guagua o RN), pero no la conocen todavía... porque yo no he podido salir de aquí. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Respecto a las expectativas de **retorno al país de origen**, la mayoría de las personas entrevistadas dice que sus planes siempre han sido regresar pero para que eso suceda deben lograr lo que se propusieron al migrar que es juntar dinero a través del trabajo. Por otra parte, la falta de fuentes laborales en sus países de origen hace que el retorno sea poco atractivo, solo los afectos y la familia son los lazos que los hacen querer regresar. Las mujeres que han dejado hijos en sus países de origen viven más intensamente la distancia y esto las hace querer regresar con más fuerza.

Una interrogante planteada dentro de las preguntas cualitativas era indagar de que manera la identidad étnica está presente entre los migrantes, especialmente Aymara o Quechua. A pesar de que se les preguntó de manera dirigida por su pertenencia étnica, sólo algunos de los participantes de la población de inmigrantes declara **pertenencia a pueblo indígena**. Algunas de las personas entrevistadas que pertenecen a este grupo sostienen que en Iquique existe muy poco conocimiento de la etnia Aymara, poco reconocimiento y escasas manifestaciones identitarias. La falta de reconocimiento queda en evidencia al preguntar sobre pertenencia étnica a los migrantes. De ello da cuenta una de las autoridades de salud entrevistadas:

Se da con el usuario acá en el norte, tanto chileno como extranjero, que suelen, cuando uno les pregunta sobre el... La mayoría, o sea, no hay un arraigo, o creer sentirse parte de algo, a pesar, de que se hagan programas gubernamentales, es que yo siento, que se sienten, así como una discriminación, al revés"... "Como que algo tienen que identificar, como de algo, o por ejemplo, cuando en... en servicio, el ministerio, te decía, oye, tienes que poner algo, un logo así, como que pertenece a una etnia"... "Al menos a la gente, eso le causa algo, porque me está poniendo una identificación, aunque sea, puede ser una discriminación positiva, o sea, a la gente, igual les molesta un poco eso"... "O porque tú eres, no sé, de un apellido de la zona del norte, identifica como que es de etnia, o sea, todo eso les genera a ellos, más, más rechazo, que... que sensación de orgullo, de pertenencia a algo. **Entrevista 134, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

En síntesis, la vida y el trabajo en Chile tienen para los migrantes en Iquique muchas de las falencias que se encuentran en las otras comunas estudiadas, tales como hacinamiento, pobreza, dificultades laborales por diversas causas, todas relacionadas a su condición de migrantes. También sufren discriminación, estigma y prejuicios desde la población local y en ocasiones desde otros inmigrantes. Están sometidos a riesgos en varias áreas de la vida, incluyendo el ingreso al país y temores justificados en torno a las precarias condiciones en las cuáles tienen la posibilidad de vivir.

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

La mayoría de las personas entrevistadas sostiene que "**estar saludable**" es básicamente la ausencia de enfermedad. Este estado sano les permite trabajar y con ello lograr el objetivo que se trazaron al venir a Chile, que es lograr una mejor vida para ellos y sus familias:

Estar saludable primero que todo uno estar bien. Estar bien en el sentido de la palabra que uno cree, saludable primero que todo es que uno tenga un lugar donde uno estar bien... porque uno está estresado, que uno se sienta bien donde uno esté... y la salud de uno que uno no tenga ninguna complicación en enfermedades y todas esas cosas así. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Respecto al **estado de salud**, muchas de las personas entrevistadas declaran sentir que es regular. Esto se debe, por una parte, por ciertas molestias de salud que sienten pero que dicen no las resuelven ya que perciben que el sistema de salud en Chile es muy lento y no les entrega las soluciones necesarias. Por otra parte, dicen sentirse gran parte del tiempo tristes o "bajoneados" y lo atribuyen a temas relacionados con salud mental los cuales tienen que ver principalmente con la distancia de las familias y los hijos que quedaron en el país de origen, así como la dificultad para adaptarse a la cultura chilena:

Más o menos... regular... Es que estoy trabajando y tengo una hernia me entiendo y no porque me hacen salir al hospital, porque uno en seis veces hace mucha fila me entiendo entonces mucha demora y no me gusta tampoco tanta vuelta. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Yo creo que nosotros los inmigrantes de por sí siempre vamos a tener o sea los que tenemos familiar en Colombia, regularmente bajoneados... Porque siempre va a pensar en su familia, siempre va a querer estar al lado de su familia. **Entrevista 62, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

En el CESFAM... cuando a mi me atendieron el control, excelente, todo lo (Malo) que sucedió fue en el hospital el día que yo la fui a tener a ella. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Mi estado de salud?... Regular (...) Algunas veces me enfermo y no me atienden, acá tengo que buscar como aliviarme yo misma... **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

De esta manera, perciben que las experiencias de migración han tenido efectos en su salud. Experiencias de discriminación que han vivido los han afectado, por ejemplo, impactando su disposición para con las personas, acumulando rabia y resentimientos que se manifiestan principalmente en temas de **salud mental**:

Uno vive como afligido porque, por todo te van a tratar mal, a si tu no lo seas, ya te van a tratar de ladrón, narcotraficante, de todo te van a tratar mal, así tu no lo seas, pensando vives como con eso... con esa rabia ¿ya?, si tu eres una buena persona yo también te voy a catalogar mal, porque no te voy a tratar igual que los demás, así tu no lo seas, tú vives con esa rabia por cualquier cosa, la va cogiendo contra los que no lo son, porque por uno pagan todos... **Entrevista 62, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

En términos generales las personas entrevistadas perciben que el **sistema de salud en Chile** no es eficiente, no entrega soluciones. Sostienen que existe mucha desinformación respecto a las leyes y normativas en salud lo que perjudica tanto a la población extranjera como a la chilena y a los mismos trabajadores de la salud. Respecto a la percepción que tienen sobre la atención primaria de salud en Iquique, gran parte de los entrevistados sostiene que, en términos generales, es buena, que los tratan bien aún cuando hay mucha espera.

Junto con la percepción de buen trato, hay otro grupo de personas que sostienen sentirse discriminados en **atención primaria producto** de su situación de inmigrantes. Gran parte de las personas entrevistadas atribuye esta discriminación a funcionarios o trabajadores específicos más que al sistema en sí mismo, y relatan que han sufrido producto de esta discriminación, temiendo incluso por sus vidas o la de sus seres queridos. Dan cuenta de la existencia de algunas redes sociales que apoyan a los migrantes en la atención de salud, entre ellos profesionales extranjeros:

Nosotros eehh tenemos como un convenio con el medio extranjero, les cobra más económico y cuando ya es mucho la urgencia, gracias a dios no nos cobra nada nos da todas las medicinas, casos muy especiales porque igual de algo tiene que vivir el caballero. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2016.**

La percepción que la mayoría de las personas entrevistadas relataron en torno a la **atención hospitalaria** es bastante diferente. En general consideran que la atención hospitalaria es mucho más discriminatoria hacia los extranjeros, reciben peores tratos y las esperas son inmensas:

Pésima. Porque me discriminaron primero que todo. El médico me dijo que me fuera a tener a mi hija a mi país, que me devuelva para mi país, y me decía que no era ahora, y pues yo ya sentía que era mi tercera hija y es obvio que yo ya sé, y me decía que no, que no y que no, y me devolvió para mi casa y tuvimos ahí un drama, y luego cuando regrese como a las tres de la mañana por que ya no podía más eél me atendió, y pues de la forma que me miraba, no me sentí bien, me sentí muy incómoda por el problema que habíamos tenido, e igual me asusté mucho como llegaron los carabineros... Él me discriminaba porque claro yo no tenía documentos, pues yo lo sentí así, me decía así porque me venía a tener mi hijo acá, que me lo fuera a tenerlo a mi país que no tenía dinero (...) Ochocientos mil (el parto) pero la verdad yo no los pagué, yo me fugué... **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Yo di a luz a la puerta el hospital en una silla de ruedas... y el guardia hizo esto y solo por eso me, me solo por eso rebajaron trescientos mil pesos y tenía que pagar trescientos mil pesos y en cómodas cuotas, le parece? Así!! **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

En el trabajo... se le cayó un vidrio... se le partió y le abrió aquí el tobillo, vino del trabajo, lo llevé al hospital. Después de 3 horas se salió, enojado, molesto (...) no lo atendieron uno porque él está ilegal, yo le dije a la chica, yo pago, no, me dijo no tiene que esperarse como todos los demás, pero yo le digo señorita se está desangrando tiene abierta la herida, pero hay otros enfermos más graves, no había nadie... **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

En general, las personas entrevistadas dicen tener una mala percepción de los **trabajadores de salud**. Explican que son discriminadores y que existe entre ellos muchos prejuicios para con los extranjeros, con frecuencia en relación al **color de piel**. Esto perjudica principalmente a quienes están en el país en situación irregular, ya que les impide obtener atención de salud. Por otra parte, dicen que los trabajadores de la salud en muchos casos **desconocen las leyes y normativas** que protegen a los extranjeros:

Eh ese esa es la ley, entonces igual que el sistema de salud que dice, ahora la nueva ley, que cualquier niño se puede atender como usted dice, no es así porque una va al hospital no pero es que el niño se puede atender, no es así, tú vas al SAPU tampoco es así, porque igual te cobra. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Hay discriminación racista. Hay unas que son muy racistas. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014**

Las mismas enfermeras, bueno nosotros las llamamos enfermeras, los mismos médicos a veces, por ejemplo no está muy lejos, los colombianos hay mucha discriminación, quizás sea su color o por procedencia de donde viene, igual es el peruano, porque todos no somos iguales, a veces venimos de un sitio, de otro sitio, pero a veces por uno pagamos todos. Lo primero que saben decir no esté colombiano es ratero, el peruano es también ratero, estafador dicen y miles de cosas y es por eso que a veces no nos tratan bien en cuestiones de medicina, no nos atienden bien, por lo que hay diferencias. **Entrevista 69, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Respecto a **estrategias para resolver los problemas de salud**, las personas entrevistadas dicen que siempre su primera intención es ver a un médico. Cuando no logran hacer esto por las trabas que les pone el sistema, se automedican principalmente con productos farmacéuticos que pueden adquirir en las farmacias o bien con hierbas medicinales:

Algunas veces me enfermo y no me atienden, acá tengo que buscar como aliviarme yo misma. Cuando estoy enferma pues tengo que ir a una farmacia, muchas veces no me venden porque no tengo RUT, o sino con receta médica no, entonces pues calmantes lo que más puedo conseguir son calmantes, no más. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Solamente me quedo en mi pieza, como acá sé que hay algunas... esteee... hierbas voy lo compro en el agro, en la terminal o a veces hay señoras que traen de Bolivia y ahí las compro o frotaciones así... **Entrevista 69, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Otra práctica muy usual entre los migrantes de Iquique es ir al **Hospital de Tacna**. Dicen que allá la atención es muy buena y que en un solo día logran resolver todos sus problemas: visita médica, tomarse los exámenes correspondientes y regresar a Chile con un tratamiento específico. Además, sostienen que la atención es barata en comparación con Chile, incluso para cirugías:

Tuve que irme a operar a Tacna, me operaron el seno, me sacaron un quiste y me operaron, me sacaron que aquí la vesícula en Tacna porque aquí casi me muerdo fue al hospital (...) Buen paso eso como al mes me dolía aquí, me dolía aquí, me duele, me duele, me fui allá me pudieron una inyección me paso y yo le digo doctor yo creo que tengo la vesícula y "tu como sabes acaso eres médico", le digo doctor que los síntomas ya los siento po. No, no y no y a mí por la buena suerte me iban a operar en diciembre, o sea hasta diciembre me moría tuve que ir a hacerme a Tacna a hacerme operar. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Parece haber alguna diferencia en el nivel de complejidad de la medicina que se practica en el Hospital de Tacna y el sistema de salud chileno, el migrante prefiere viajar a Tacna porque el médico hace el diagnóstico e indicación de manera simultánea, **sin mediar exámenes, ni depender de la tecnología de procedimientos diagnósticos laterales** que en Chile si se utilizan y aunque evidentemente entregan mayor seguridad a la práctica de la medicina, también generan un enlentecimiento en la llegada de la solución para el paciente:

Eh... lo que nosotros observamos del sector salud efectivamente que ha aumentado la demanda de atención en la población migrante que yo te menciono... y que en algún momento no tenían acceso a la salud, pero luego, a raíz de estos convenios y acuerdos internacionales, se ha ido abriendo las puertas de la atención de salud a estas personas... Ehhh, personas que no tiene una condición regular en el país o que no tienen ninguna previsión de salud, por lo tanto no cierto entran en el ámbito de la indigencia. **Entrevista 66, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

En ese hospital (en Tacna) te hacen todo poh, el mismo día, pagas aquí, aquí te hacen radiografías, allá te hace el médico, todo el mismo. Igual que en Ecuador. **Entrevista 65, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Por último, relatan frecuentar **farmacias** que se han especializado en la atención de extranjeros como la nombrada farmacia del Dr. Simi, a la cual recurren ya que consideran que las otras cadenas de farmacias son muy caras:

Es como la salvación al menos para mí, porque en otras farmacias en las Cruz verde, Salcobrand es muy caro el medicamento y acá en el Doctor Simi no. **Entrevista 63, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Las personas entrevistadas entregan diversas **recomendaciones para mejorar el acceso a salud**. La mayor parte de las recomendaciones giran en torno a acceso universal a salud para todas las personas extranjeras, estén éstas en situación regular o irregular en el país. Junto con lo anterior, capacitar a los trabajadores de la salud para que tengan un buen trato y no discriminación con la población inmigrante de Iquique:

Mejorar, creo yo tener más personas para que atiendan, me entienden, porque hay muchas personas para muy pocas niñas trabajando, yo no le echo la culpa a ellos ni a nadie, porque ellas tienen que hacer su trabajo y usted sabe que uno no tiene muchas manos para atender (...) y uno tiene que quedarse callado, por lo menos yo en esta época yo pudiera sacar el segundo carnet por que dan tres carnet y llevo apenas el primero, llevo esperando cinco seis meses y no me lo han dado. **Entrevista 60, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Que hubiera acceso libre, y con los documentos de uno, del país de uno (...) Pues para mí que todos fueran libres, iguales. **Entrevista 61, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Las **percepciones de autoridades y equipos de salud locales** sugieren que uno de los grandes desafíos que han debido enfrentar en los últimos años tiene que ver con el aumento en la demanda de atención por parte de la población inmigrante. Sostienen que el sistema no está preparado para lo que la comuna está viviendo en relación a la migración, lo cual hace que deban generar estrategias para adecuarse a las normativas y convenios internacionales que el país ha suscrito en relación a la atención de salud de la población extranjera.

Dentro de la población extranjera en su globalidad, las autoridades y equipos de salud identifican a las **mujeres gestantes y los niños como los grupos más vulnerables**. Se sostiene que si bien como APS han intentado hacerse cargo de estos grupos vulnerables, existe un vacío respecto a atención hospitalaria en materia de cuidado de esta población:

Las mujeres y los niños, yo diría que como que ahí. En términos, un poco, lo que yo veo, más sobre todo en la mujer embarazada, en el sentido que nosotros como salud APS, atención primaria, les damos todas las prestaciones, es como el que tiene más, el 40% de nuestras gestantes son extranjeras. Hemos, o sea, damos muchas prestaciones. Pero no así, existe un vacío, en el sentido del Hospital, por ejemplo, si tú derivas a una extranjera al alto riesgo, tiene que pagar por hacerse una ecografía, por atenderse con el ginecólogo. Entonces ahí te ves limitada porque dices, yo necesito un especialista que la vea y la extranjera no va, porque le van a cobrar, o se arranca, o tiene el parto en la casa, porque el Hospital le va a cobrar el parto. **Entrevista 71, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Por otra parte, dadas las malas condiciones de vida de gran parte de la población extranjera, la atención primaria debe enfrentar una serie de **desafíos vinculados a la vulnerabilidad** en que se encuentra esta población y a **enfermedades re-emergentes como tuberculosis (TBC)**:

Tú ves todo su entorno, te das cuenta que viven algunos en condiciones muy vulnerables, con muchas necesidades, muy precarias y a veces muchas situaciones también, de abandono, mujeres solas, mujeres que llegan no sé poh, embarazadas acá, con un embarazo ya avanzado, en muy malas condiciones, sin exámenes. Nosotros tenemos también altos índices de tuberculosis, por lo mismo, porque estas personas vienen, los países no existe el control que hay acá del programa de TBC, entonces nosotros tenemos muchos que, que por ser zonas extremas, tenemos ese problema. **Entrevista 71, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Uno de los principales obstáculos que implica la atención de salud de la población inmigrante se relaciona, según las autoridades y equipos de salud, con el gasto que conlleva el dar acceso a salud a personas que **no poseen un número de RUT**. Esto principalmente porque la atención que realizan a población irregular no es cubierta por Fonasa (asignación per cápita) lo que conlleva para los centros de salud un importante déficit económico. Por otra parte atender sin RUT genera confusión en los trabajadores quienes se preguntan cómo proceder y pierden tiempo.

Otro tema que resaltan las autoridades y equipos de salud tiene que ver con los conflictos que se generan en atención primaria entre la población nacional y la extranjera, principalmente porque la primera percibe que los inmigrantes les quitan parte de sus derechos en salud. Existe la percepción por parte de los usuarios chilenos, según los equipos de salud entrevistados, que los **extranjeros reciben mayores beneficios que ellos y que esto es una injusticia** que requiere ser remediada:

Yo lo que he visto en la evolución que culturalmente se ha creado un conflicto entre el chileno y el extranjero. ¿En qué sentido? en el sentido... yo hablo de salud, en el sentido de salud, en el sentido que se siente a veces la gente, que el extranjero también le viene a quitar sus derechos, sus recursos y además viene a un centro de salud donde ven que más de la mitad que se está atendiendo en la fila son extranjeros y recibe todos los beneficios y sienten que eso le quita beneficio al chileno. **Entrevista 71, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Junto con lo anterior, los equipos de salud en atención primaria, sostienen que esta población se confronta constantemente con los equipos de salud, los cuales en algunos casos se sienten desafiados y sobre exigidos.

A la vez, los equipos de salud sostienen que algunos usuarios extranjeros tienen actitudes agresivas para con los funcionarios o trabajadores de salud:

Existe este choque cultural digamos entre los profesionales de la salud y los inmigrantes porque ellos saben cuáles son sus derechos y los conocen, y saben que usted me tiene que atender. **Entrevista 67, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

Cabe destacar que tanto las autoridades como los equipos de salud entrevistados tienen la percepción que la población inmigrante conoce sus derechos incluso mejor que los chilenos, siendo un grupo altamente empoderado en esta materia:

Y a veces no tiene actitud muy respetuosa con el funcionario, a veces entran en algunos conflictos. Hemos tenido usuarios extranjeros agresivos, hemos tenido que llamar a carabineros. **Entrevista 64, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Lo que veo del perfil es que son súper exigentes también y súper, eee...o sea, como, que se sienten súper empoderados! I: ¿Quiénes, principalmente? Los peruanos, son más que los... En el sentido, porque los bolivianos son un poco más humildes; pero el peruano hoy en día, es como súper, o sea, si tú ves un reclamo típico que es una mujer peruana; que siente que tiene que, o sea, que siente que no la puedes discriminar, que se siente como súper empoderada en su derecho, y conocen además, toda la red de donde pueden ellos obtener beneficios sociales. **Entrevista 71, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Nos pasa con muchos usuarios que tienen dos deportaciones, han sido deportados dos veces, nunca se han ido del país y llegan a inscribirse y vienen súper empoderados, con que, con que es un derecho, ¿me entiende?, -yo tengo derecho a atenderme, -ok, pero necesito un documento para inscribirlo, -no es que estoy deportado, -ya, pero y entonces, ¿tiene el comprobante de la policía? -no, es que no lo tengo. **Entrevista 68, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Dentro de los **desafíos pendientes** reconocidos por los equipos de salud está el capacitar a los funcionarios o trabajadores de salud en los derechos de la población inmigrante.

Entonces también tenemos que capacitar a los equipos que ellos son sujetos de derecho, que son igual que nosotros, que vienen a este país a aportar, ¿no cierto? Y que por lo tanto como personas que aportan a la economía del país también son sujetos de derecho a los beneficios que el país otorga. **Entrevista 66, Autoridad de Salud, Diciembre 2014.**

Tal como se comentó anteriormente, entre los años 2014 y 2016 se ha implementado un **Proyecto Piloto** para atención de salud de migrantes. La realidad expuesta en el 2014 parece haber tenido un gran avance hacia la sensibilización de la comunidad, la inclusión y la mejora de la convivencia, entre otros:

El Proyecto Piloto de Salud e Migrante ha generado movimientos administrativos a todo nivel que refuerzan y facilitan los medios para atender a la población migrante de acuerdo a sus características particulares desde un punto de vista práctico y algunas de las dificultades se han ido superando:

Ha cambiado y yo creo que el usuario, igual lo ha percibido eso, como algo positivo, porque ya no tiene esa mirada de susto, de que no quiere decir"... "Todavía hay problema, todavía existe, pero ha mejorado yo diría en un setenta por ciento... ha tenido impacto... **Entrevista 134, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

Yo creo que más que el proyecto, igual, ha sido que por ejemplo el ministerio, ha hecho mucho énfasis a los decretos, que a las circulares que se han hecho"... "Porque todos dependemos de un rut, el rut es todo, el rut es todo para ti! (...) Nosotros teníamos que inventar acá, o sea, era el rut, el rut de la madre o el DNI, del otro, cuando venía el hijo o del otro que no estaba, era una cosa terrible poh! (...) Buscábamos alternativa, el número de un comprobante, a veces, para como ingresarlo al sistema" **Entrevista 134, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

Uno de los aspectos importantes de considerar en el impacto de la implementación de este proyecto piloto es la acogida comunal.

Hay quienes muestran temor a las reacciones que el Proyecto Piloto Migrantes pueda generar en los pacientes chilenos. Esto debido a las **resistencias que ya existían el año 2014**. Actualmente les ha tocado escuchar comentarios sobre una supuesta discriminación positiva hacia los migrantes:

O sea, yo te digo, porque la gente, se siente, un día yo estaba en la OIRS y ahí entró un señor y estaba parada ahí afuera mirando, de repente se acercó, un chileno y dijo que tengo que hacerme, que tengo que hacer para inscribirme y que me atiendan acá, ser boliviano? Acaso? Llegó así, sin que nadie le dijera nada. **Entrevista 134, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

G, colombiana, llegó hace tres años. Desde su llegada se encuentra en situación irregular.

Migró acompañando a su marido. Dejó atrás a dos hijas. Tiene una tercera hija de un año y tres meses, nacida en Chile. Su hija nació en el hospital de Iquique. Al estar hospitalizada le dijeron que debía pagar \$800.000 por el parto. Frente a la falta de dinero y el miedo escapó del hospital con su recién nacida.

Dado este contexto, su hija está en una situación de completa irregularidad ya que no tiene pertenencia a ningún país.

L, colombiano, de Buenaventura, lleva cinco años en Chile. Vino a Chile en busca de mejores oportunidades laborales y, con ello, poder dar un mejor porvenir a su esposa y sus tres hijos que residen en Colombia.

Dice sentirse triste y bajoneado la mayor parte del tiempo ya que extraña su familia y por la discriminación constante de la que dice ser víctima por el hecho de ser inmigrante. Sostiene que las autoridades y las personas de la calle discriminan a los colombianos, que los tildan de "bichos malos" sin mayor argumento que ser de dicha nacionalidad. Además, dice ser insultado por su color de piel.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<p>Capacitación y sensibilización</p> <p>Flujo de información y coordinación entre niveles de atención.</p> <p>Registro y monitoreo de la población inmigrante</p>	<p>Generar instancias de capacitación para los equipos de salud tanto a nivel primario, como secundario y terciario, en temáticas de salud y migración, necesidades en salud de población extranjera, así como buen trato, incorporando un enfoque de pertinencia cultural.</p> <p>Informar a los equipos de salud respecto a las normativas de salud vigentes para población migrante.</p> <p>Facilitar el trabajo intrasectorial en materia de salud de población inmigrante entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria.</p> <p>Establecer mecanismos efectivos de registro y monitoreo de la población inmigrante en el sistema de salud, tanto si poseen como si no poseen RUT. Compartir dichos registros y monitoreos entre los distintos niveles de atención en salud. Dimensiones a incorporar: incluir estatus migratorio y nacionalidad en todos los registros clínicos (pertinencia cultural: indicadores: estatus migratorio, pertenencia étnica y género).</p> <p>Generar información desagregada para inmigrantes para evaluar problemas de salud específicos así como detectar necesidades concretas de la población inmigrante de la comuna. Diagnósticos cuantitativos y cualitativos que incorporen la voz de los inmigrantes.</p> <p>Establecer líneas de trabajo conjunto para abordar a la población migrante con diversos programas de salud, entre ellos salud de la mujer, PESPI.</p> <p>Generar instancias de participación en salud con población inmigrante: mesas de trabajo, consejos consultivos, ente otros, con el fin de conocer, desde sus propias voces, sus necesidades y expectativas respecto al sistema de salud.</p> <p>Incorporar la perspectiva de género y étnica en la atención de salud a inmigrantes, especificando las necesidades en salud de hombres y mujeres, y étnicas, para con ello establecer acciones en salud diferenciadas.</p> <p>Generar un diálogo directo y efectivo entre salud y extranjería, así como también carabineros y PDI en torno a salud e inmigrantes.</p>
Comunidad	<p>Instancias de participación</p> <p>Información hacia la comunidad</p> <p>Capacitación</p>	<p>Generar instancias de participación comunitaria que incorpore a la comunidad en su conjunto, facilitando espacios de encuentro y diálogo que permitan a las diversas poblaciones conocerse y, de esa manera, establecer vínculos que aminoren las tensiones y la discriminación.</p> <p>Informar a la comunidad migrante respecto a las normativas y leyes de extranjería vigentes a través de las juntas vecinales, ONGs, salud, colegios, etc.</p> <p>Generar instancias de capacitación para población inmigrante desde los espacios comunitarios incorporando una perspectiva de género y etnicidad.</p>

Programas y Políticas Públicas	<p>Generar programas específicos de acceso a salud para inmigrantes</p> <p>Generar debate en torno a las necesidades de salud específicas de la población inmigrante</p> <p>Abordar la situación de salud de inmigrantes en situación irregular</p> <p>Generar programas y políticas de protección laboral para inmigrantes</p> <p>Estudios específicos y locales de la población inmigrante de la comuna</p>	<p>Generar diagnósticos que den cuenta de la situación específica de salud de la población inmigrante de la comuna.</p> <p>Generar políticas públicas en salud específicas para población migrante local.</p> <p>Instalar programas de salud de inmigrantes en todos los niveles de salud y en todos los sectores. De este modo, cada centro de atención primaria debiera contar con un programa específico de acceso a salud para el migrante alineado con la política de salud nacional.</p> <p>Facilitar la atención de salud de migrantes en situación irregular tanto en atención primaria como secundaria y terciaria.</p> <p>Generar programas de trabajo y vivienda específicos para población migrante con el fin de mejorar las condiciones de vida y laborales de esta población.</p> <p>Potenciar el trabajo intersectorial organizado en materia de población migrante entre sectores como salud, educación, vivienda, trabajo, desarrollo social.</p> <p>Potenciar el rol municipal para la operacionalización de normativas en materia de migración desde el nivel central.</p> <p>Generar fondos para la transferencia de conocimiento hacia políticas públicas y acciones específicas de la comunidad que impacten directamente en el bienestar de la población inmigrante de Iquique.</p>
Investigación	<p>Colaboración ente instituciones en materia de investigación</p> <p>Conocer los vacíos de conocimientos respecto a la población inmigrante de la comuna</p>	<p>Potenciar el desarrollo de conocimiento local en inmigración y salud a través del estímulo para la realización de tesis de pre y postgrado en esta temática.</p> <p>Generar líneas colaborativas de investigación entre instituciones que realizan investigación en esta materia</p> <p>Indagar en los vacíos de conocimiento que existen respecto a la salud de la población inmigrante de la comuna para con ello generar un mapa local con el cual buscar soluciones. Dejar preguntas abiertas para lo local.</p>

8. Referencias

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reportes Estadísticos y Comunales. 2013.
2. Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. Estadísticas Comunales Región de Tarapacá. 2002.
3. Ilustre Municipalidad de Iquique. Municipio de Iquique. 2016.
4. Biblioteca Nacional de Chile. Memoria Chilena. BND Biblioteca Nacional Digital; 2016.
5. Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada de Chile. Tsunami, Las Grandes Olas. 2016.
6. Departamento de Extranjería y Migración. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Visas solicitadas y otorgadas 2015. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/>
7. Iquique Reportes Comunales. Indicadores Comunales 2013. 2013.
8. Ministerio de Desarrollo Social. Casen 2013. 2013.
9. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores Básicos de Salud 2016.

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Total: 28	Información Sociodemográfica
Autoridades Locales 5 (3 entrevistas individuales y 1 bipersonal)	Sexo: 5 mujeres Rango de Edad: 38-43, Promedio: 41,50 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario (1 grupo focal, 8 participantes)	Sexo: 7 mujeres y 1 hombre Rango de Edad: 30-42 años, Promedio: 31,37 años
Migrantes, Total: 15 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 7 participantes)	Sexo: mujeres, hombre Rango de Edad: 22-50, Promedio: 33,73 años Nacionalidad: 1 boliviano, 2 peruanos, 4 colombianos y 8 ecuatorianos Años viviendo en Chile: 1-12, Promedio: 4,73 años

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Clínica Dental Móvil Simple (Iquique)
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames
Centro de Salud Familiar Cirujano Aguirre
Centro de Salud Familiar Cirujano Videla
Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán
Centro de Salud Familiar Sur de Iquique
COSAM Iquique Dr. Jorge Seguel Cáceres
COSAM Salvador Allende
Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU-Sur de Iquique

10. Acerca de los autores

Alexandra Obach, PhD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile; Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; Diploma en Estudios Avanzados, Universidad de Barcelona; PhD Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente Investigador Universidad del Desarrollo Chile.
Email: aobach@udd.cl

Javiera Flaño Olivos, MD, MSc

Médico cirujano y Magíster en Salud Global de la Universidad de Oxford, Reino Unido. Docente de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y postgrado. Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Coordinadora área gestión del conocimiento y asesora en salud en América Solidaria internacional. Co-fundadora y directora de la Corporación Caminando Sin Heridas.
Email: jayafano@gmail.com

Andrea Vásquez, MSc.

Geógrafo, Magíster en Desarrollo Urbano de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinadora de Investigación en el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Sus líneas de investigación son: geodemografía y sus aplicaciones en vulnerabilidad social ante desastres naturales y deprivación, impacto de la deprivación en contextos urbanos y su relación con acceso a salud.
Email: arvasque@uc.cl

A black and white photograph of a street scene. In the foreground, there are trees with long, thin leaves hanging down. In the background, a street with several cars is visible, including a silver SUV in the foreground. The sky is cloudy.

Capítulo 16

Estudio de Caso: Comuna de Antofagasta

Alexandra Obach, PhD

Profesora Asociada, Facultad de Medicina
Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, encargada Programa de Estudios
Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica
Alemana, Universidad del Desarrollo

Macarena Chepo, MSc(c)

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de
Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina
Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Ana M McIntyre, MSc

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de
Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina
Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Agradecimientos:

Padre Felipe Berrios, por su contribución a la
elaboración de este capítulo

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna de Antofagasta?

- La comuna de Antofagasta es una de las comunas del país con mayor desarrollo económico dada su vinculación a la minería.
- En los últimos años el sector de construcción de proyectos inmobiliarios de alto nivel ha tenido un gran auge, todo lo cual posiciona a la comuna como un foco de atracción a personas provenientes de diversas regiones de Chile y del extranjero.
- A pesar de lo anterior existen brechas significativas en la comuna, con amplios sectores sociales que están marginados del desarrollo económico de la comuna.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes aquí?

- A la presencia de población peruana y boliviana se ha sumando en los últimos años población proveniente de otros países de la región, especialmente de Colombia.
- En términos generales los inmigrantes viven en situación de mayor pobreza que la población nacional de la comuna, principalmente aquellos que están en el país en situación irregular. El alto costo de la vida en la comuna ha hecho que habiten en los sectores más vulnerables de la comuna como campamentos.
- Las condiciones de vida que allí se despliegan están caracterizadas por viviendas de material ligero, hacinamiento, falta de servicios básicos, ausencia de urbanización y servicios, entre otros elementos. En relación a lo laboral, la población inmigrante se concentra en el área de apoyo y servicios a la industria minera, la construcción y servicios tales como asesoras del hogar y peluquería.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Capacitación: para equipos de salud de atención primaria en áreas tales como sensibilización y buen trato a población extranjera, actualización en las normativas y leyes de extranjería, actualización en deberes y derechos de población inmigrante.
- Políticas públicas: generar políticas públicas específicas en el área de migración y salud, potenciando políticas específicas para el nivel secundario y terciario en salud.
- Investigación: fomentar la investigación respecto a la situación de los/as inmigrantes en la comuna, con énfasis en las temáticas de salud.
- Comunidad: familiarizar a la comunidad migrante respecto a la forma de utilizar eficientemente la atención de salud y a sus coberturas garantizadas. Generar instancias comunitarias que fomenten el encuentro y la integración de la población extranjera al interior de la comuna.
- Trámites Migratorios: estudiar mecanismos para agilizar procedimientos a nivel local.
- Potenciar el trabajo intra e intersectorial, entre los distintos niveles de salud (Intrasectorial). E Intersectorialmente: potenciando trabajo conjunto y articulado entre salud y otras reparticiones tales como educación, trabajo, entre otras.

d) **Palabras Clave:** Antofagasta, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud

2. Antecedentes Comunes

2.1. 2.1 Descripción general de la comuna

La región de Antofagasta cuenta con 3 provincias, siendo una de ellas la de Antofagasta. Dicha provincia cuenta con 4 comunas: Antofagasta, Mejillones, Sierra Gorda y Tal Tal. La comuna de Antofagasta es la capital de la Provincia de Antofagasta y allí se encuentra la ciudad de Antofagasta, apodada también como "la perla del norte" (1)

De acuerdo a datos del Censo 2012 la población total de la Región es de 547.463 mil habitantes, con una tasa de crecimiento de población anual intercensal de 1,26% (1)

Antofagasta cuenta con 346.126 habitantes, siendo la quinta ciudad más poblada del país, representando el 2,1% de la población total de Chile (1). La principal actividad económica de la región es la minería. Le siguen los sectores de construcción, transporte, comunicación y servicios personales. La ciudad de Antofagasta es considerada la de mayor ingreso per cápita del país, alcanzando los 37.000 dólares.

Los primeros asentamientos del sector corresponden a la época prehispánica. Las costas del norte del país estaban pobladas por los Changos, quienes se alimentaban de los recursos marinos e intercambiaban productos con los pueblos del interior. Durante la conquista y la colonia se establecieron algunos poblados que tenían como finalidad servir al comercio de Bolivia y hasta mediados del siglo XIX el sitio donde se emplaza Antofagasta se denominaba La Chimba o Peña Blanca (2)

Se reconoce como fundador de la ciudad de Antofagasta al explorador Juan López, quien se asentó en la zona al alero del descubrimiento de yacimientos de guano, lo cual dinamizó económicamente a la región. Posteriormente comenzaron los descubrimientos y explotaciones de minas de cobre y salitre a pocos kilómetros de la naciente Antofagasta, bautizada con dicho nombre alrededor del año 1870 (2)

Con la Guerra del Pacífico se anexaron al país las provincias de Antofagasta y Tarapacá, territorio hasta esa fecha perteneciente a Bolivia. Mediante la explotación de diversos yacimientos mineros en la región la ciudad se convirtió en un importante polo de desarrollo urbano, minero y portuario (2), siendo en la actualidad la capital económica del norte de Chile, altamente dependiente de la minería del cobre.(3)

El territorio es árido, hay pocas posibilidades de desarrollo en cuanto a recursos naturales, exceptuando el área de la minería. La actividad agrícola e industria alimenticia en general está limitada por las condiciones geográficas desérticas. Ésta característica determina que todo producto alimenticio e incluso el agua tengan que ser obtenidos en otros sectores, con el consiguiente encarecimiento de los precios. Si bien Antofagasta es una de las ciudades más ricas, es también de las más caras de Chile. En el marco del Proyecto FONDECYT 11130042, los participantes coinciden en definir geopolíticamente a Antofagasta como:

Una tierra muy desértica ehh con con muy pocas posibilidades de de todo. En realidad... que no sea traído desde afuera! ... o sea la gente no puede cultivar nada, no puede criar nada ehh! ... "lamentablemente se ha ido como ehh sectorizando cada vez mas o sea lo lo que se repite como patrón común en muchas de las ciudades de Chile en Antofagasta es evidente **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014**

Dada la falta de recursos naturales, entre otros factores, Antofagasta es una ciudad muy **marcada por el centralismo** imperante en el país, siendo este último visualizado en aspectos tales como la lentitud y burocracia en la tramitación de residencia para población inmigrante.

El hecho de que ya alguien tenga que mandar sus papeles a Santiago y además como es a través de correos, no va a llegar en una hora a Santiago! **Entrevista 116, Autoridad de Salud, Marzo 2016**

O sea, para los chilenos... Chile comienza en... Chile es Santiago"... "aquí es re difícil hacer un trabajo de cualquier cosa, ya que en alguna medida hay que esperar que se tome la decisión en Santiago. **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016**

A lo anteriormente mencionado se suma que la riqueza de Antofagasta está **marcadamente segregada**, incluso de manera espacial, situación que se hace visualmente evidente dentro del territorio:

Hay una desigualdad económica brutal...tú ves que en algunas partes se vive como un país europeo y en otras partes se ve como en Haití... **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016**

A lo anteriormente mencionado se suma que la riqueza de Antofagasta está **marcadamente segregada**, incluso de manera espacial, situación que se hace visualmente evidente dentro del territorio:

En síntesis, Antofagasta se define como una **comuna que produce y gasta mucho dinero**. Al mismo tiempo parece ser **pobre y dependiente en términos administrativos y logísticos**. No se autoabastece como ciudad y depende de Santiago para la toma de decisiones locales. Un buen ejemplo de ello es la necesidad de traer desde otros sectores el agua, alimentos y productos manufacturados de todo tipo.

En Antofagasta **conviven inmigrantes de diversas procedencias desde su constitución como centro urbano**. Esta característica conlleva el que exista entre su población una inquietud permanente por la construcción de una identidad propia. Dicha identidad, en el contexto de las nuevas olas migratorias que

vive la región, pareciera estar marcada por una cultura de lo transitorio, la cual se refleja en diversos ámbitos, entre ellos, comunidades, viviendas, trabajos, y hasta visas transitorias, entre muchas otras áreas. Dicha transitoriedad, si bien se manifiesta de manera transversal en toda la ciudad, adquiere características particulares en los sectores más vulnerables, marcada en estos segmentos por la presencia de los grupos inmigrantes.

La figura 1 muestra valores absolutos de la población total que reside en las manzanas censales de cada comuna. La figura 2 describe en valores absolutos la población migrante internacional que residía en esta comuna para el año 2002.

Figura 1.

Mapa general de la comuna de Antofagasta, descripción espacial de su población total según datos censales 2002.

Población total de Antogasta por manzana censal



Figura 2.

Mapa general de la comuna de Antofagasta, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002

Población inmigrante en Antogasta por manzana censal



2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

Antofagasta desde sus inicios ha estado marcada por la llegada de migrantes, tanto desde otras ciudades de Chile como de otras partes del mundo, definiéndose como una ciudad multicultural y de naturaleza cambiante. En la actualidad es una de las comunas que cuenta con **mayor población extranjera en el país**. De acuerdo a datos del Censo del año 2012, la región registró un 3,5% de población extranjera, ocupando el **tercer lugar a nivel nacional** después de las regiones de Tarapacá y Arica y Parinacota (1)

A lo largo de su historia la ciudad ha sido poblada por chilenos, peruanos, bolivianos, argentinos, croatas, griegos, entre otros. El flujo y establecimiento de ciudadanos bolivianos ha sido constante en la zona, dado el origen histórico de ésta. De manera posterior a la incorporación del territorio a Chile se sumaron olas de inmigrantes provenientes del sur del país, atraídos por el potencial laboral y riqueza minera. En las últimas décadas han aparecido nuevos flujos de inmigraciones internacionales, las que se han asentado en la comuna. Esto ha tenido como consecuencia que uno de los principales desafíos instalados hace un par de décadas sea no solo mantener la actividad económica, sino también redefinir su identidad cultural, según expone una autoridad local:

[A través del proceso migratorio] vamos cuestionando, vamos buscando identidad que sea más genuina, yo creo que los problemas que afecta particularmente a Antofagasta pasan por una carencia de identidad. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014**

Esta **crisis instalada de identidad cultural** es corroborada por una autoridad de salud quien mantiene contacto diario con migrantes. Su discurso representa a muchos de los entrevistados a todo nivel:

Por lo mismo que yo hablaba, como la identidad media difusa de Antofagasta, ni si quiera raíces existen así como reconocidas de Antofagasta, entonces sí ahora se ha visto como el mundo de la migración... Y hay como el tipo... Antofalombia... Que ahora se llama! **Entrevista 118, Trabajador de CESFAM, Marzo 2016**

Es así como la comunidad de Antofagasta parece estar transitando desde hace un par de décadas, una vez más, por una nueva reconstrucción de su identidad. Esto se puede apreciar simbólicamente en las calles, en el comercio, en los rostros, en las vestimentas.

Por ejemplo, se dice que los migrantes han revolucionado la gastronomía, la estética, el uso de los espacios públicos previamente abandonados o descuidados, e incluso han traído alegría a la ciudad:

Aquí en Antofagasta yo digo que las mujeres han revolucionado la industria estética jajaja o en general en Chile somos bastante apagados y fomes para todo ehh han proliferado las peluquerías las tiendas de uñas acrílicas, de pelos postizos ehh antes tu encontrabas una peineta, hoy tienes cincuenta tipos de cepillos distintos. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014**

En los **últimos diez años el aumento de población colombiana** que se ha asentado en Antofagasta ha significado un hito en la historia de la ciudad. El proceso ha estado marcado por las diferencias culturales entre dicho pueblo y la población chilena, así como con las naciones vecinas asentadas en la zona. Por una parte ha significado un aporte a la comuna y, a la vez, una fuente de conflicto intercultural:

Acá la comunidad antofagastina es una comunidad que está bastante recelosa con respecto al tema de los inmigrantes, se asocia a ciertos lugares que dicen que han sido apropiados por la gente inmigrante ... por ejemplo en calle Condell, me parece que es en pleno centro, ahí existe una gran cantidad de inmigrantes que transita por esa parte principalmente asociado a la vida nocturna, usted pasa ahí por ejemplo un fin de semana después de las nueve de la noche y hay como otra versión del barrio ... Ahí principalmente porque hay mucha vida nocturna, vale decir, hay mucho cabaret y todo ese tipo de lugares que la gente tiende a visitar más cuando hay tema minero jaja. **Entrevista 31, Hombre, Autoridad de Salud, Diciembre 2014**

Las citas presentadas concuerdan con lo que muestran las cifras entregadas por el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior para el año 2014.(4) La población inmigrante de la comuna de Antofagasta que solicitaba visa alcanzaba en esa fecha un total de 11.048 personas, incluyendo requerimientos para visa temporaria (44,79%), estudiante (0,28%) y sujeta a contrato (54,92%). La mayoría de las solicitudes son de población colombiana (47,43%), en segundo lugar población boliviana (30,39%), en tercer lugar población peruana (14,44%), cuarto lugar ecuatoriana (1,89%) y quinto lugar argentina (1,07%).

La distribución por sexo es la siguiente: 51,66% mujeres y 48,33% hombres. En relación a la distribución por edad, la mayoría de la población solicitante pertenece al tramo de 21 a 30 años (39,48%), le sigue el tramo de 31 a 59 años (38,4%), en tercer lugar están las edades entre 11 a 20 años (10,98%), en cuarto y quinto lugar están los menores de 5 años y de 5 a 10 años (2,29% y 3,77% respectivamente), y finalmente de 60 años y más (0,89%). En relación a las principales ocupaciones un 80,88% declaró ser empleado o empleado doméstico; 10,93 % estudiantes; 2,67 % dueña de casa; 2,38% inactivos; 1,81% obrero o jornalero; y un 0,37% no informó su ocupación.(4) De acuerdo a las mismas fuentes, un total de 3.353 personas solicitaron permanencia definitiva para el 2014, 55,32% de ellos de sexo femenino provenientes de Bolivia (39,3%) y Colombia (33,37%), predominando las edades entre 21 y 59 años (78,79%), ocupación empleado-empleado doméstico (73,03%) y en su mayoría con nivel educacional medio (48,19%) (4)

Por medio de la información cualitativa recabada en el contexto de la investigación, las autoridades locales definen el perfil de inmigrantes predominante en Antofagasta en las últimas décadas como personas **de origen colombiano**, mujeres entre 20 y 40 años. Muchas de ellas son madres que han dejado a sus hijos en su país de origen, asentándose en la comuna para trabajar y así poder mantener y educar a su familia a distancia:

Precisamente no venía aquí a Antofagasta... pero... llegué aquí... mi amiga vivía aquí... dio la casualidad que ella vivía aquí... entonces... ahí fue donde me quedé aquí”... “Exacto... volví a Colombia, cuando llegué a Colombia ya él estaba preso. Ya? mi cuñado estaba preso y mi hija estaba con psicólogo y mejor dicho que ese viaje para Colombia para mí fue muy difícil... ehhh yo me la pasé muy mal yooo... lloraba! porque me sentía como, me daba impotencia y ahora yo lo único que hago es llorar porque me siento impotente de no poder traerme mi hija y no poder tenerla conmigo. **Entrevista 34, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014**

De acuerdo a autoridades comunales la población colombiana asentada en la comuna proviene principalmente del valle del Cauca, de ciudades emblemáticas como **Cali y Puerto de Buenaventura**. Las principales **razones para migrar son la inseguridad social y la violencia de su país de origen**. Las **oportunidades laborales** y la anterior **llegada de otras familiares o amigos** también son un incentivo para migrar. A diferencia de inmigrantes bolivianos, peruanos o ecuatorianos, que se mueven constantemente entre sus países de origen y Chile, el inmigrante colombiano viene a asentarse a Chile por varios años aún cuando siempre anhela el retorno a su país, donde está parte de su familia y sus vínculos afectivos:

En todo Colombia, sobre todo lo que es el trabajo, eh lo que es la violencia, todo. Entonces a uno le toca a mí me mataron a mi papá, me mataron a mí a mi hermano, a mis primos... **Entrevista 28, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014**

... Hay mucho desempleo igual, pero es debido a razones que vienen desde arriba, como se dice de la parte del mando. Los mandatarios todo, todo, todo, la parte social... entonces todo eso afecta inconscientemente a todo los ciudadanos y realmente como te digo porque uno tengo mi familia, la mayoría de mis familiares acá... es el tema de que en Colombia este complicada la parte social y la parte del desempleo, sí. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Tal como se mencionó anteriormente, Antofagasta es un territorio marcado históricamente por la presencia de población migrante. Ante esta realidad histórica y su actualización específica con oleadas de migrantes provenientes de diversos países de Latinoamérica se plantean desafíos en diversas materias, entre ellas el desarrollo de políticas de integración a la comunidad, educación, salud, vivienda, entre muchas áreas que requieren de una mirada específica en la temática de población inmigrante:

Entonces no ha habido ninguna política de acogida, de inserción, de apoyo”... “No los han acogido... como si fueron todas las otras migraciones que hemos conocido en Chile, todas las otras, pero también yo encuentro que hay una cuestión de clasismo... porque si venían de Europa, eran más rubios y hablaban... se les abrían los brazos así, pero claro, como son de nuestros vecinos, países vecinos y todo... y más encima no había esa acogida del estado a los alemanes, a los italianos, el estado los acogía, les revisaba como llegaban... en salud, les daba alimento, les daba un pedazo de terreno, trabajo, etc.. Esa es una inmigración, una política de inmigración, aquí han sido atraídos por el mercado. **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016**

Dado el importante contingente extranjero actual en la comuna, existe entre las autoridades preocupación respecto a la integración de la población inmigrante internacional. En esta línea, se han desarrollado diversas acciones, por ejemplo, la Campaña para Promover Inclusión Social “No + Discriminación”. En el marco de dicha campaña la página Web de la municipalidad da cuenta que durante el año 2013 hubo varios casos de xenofobia o de hostilidad hacia personas extranjeras y, por lo mismo, el municipio instauró ciertas medidas para fomentar la inclusión social y el trato igualitario entre los residentes de la ciudad. Dentro de las medidas llevadas a cabo se encuentran: (i) celebraciones anuales de fiestas de las colonias, donde se manifiestan todas las poblaciones inmigrantes organizadas; (ii) establecimiento de la mesa intersectorial sobre inmigración en la que participan distintos representantes de la sociedad civil; (iii) lanzamiento de la campaña “No + Discriminación” que tiene por objeto hacer de Antofagasta una ciudad más inclusiva e integradora; (iv) Seminario Municipal sobre Derechos Humanos y Multiculturalidad, dirigido a Directores y Encargados de Convivencia Escolar de la comuna (3)

Chile por medio de Antofagasta, integran a las comunidades extranjeras para transmitir el folclor, finalmente van peruanos, de Bolivia de argentina, los más cercanos de Antofagasta y se hace una semana como de concursos de folclor de bailes, muy abierto al público en los teatros en zonas públicas, los extranjeros que vienen, vienen con sus trajes no, es como un carnaval así como... **Entrevista 114, Autoridad Local, Marzo 2016**

Sin embargo, hay otras voces que señalan que al difundir la cultura de esta forma no se trabaja el problema de fondo. Si bien se reconocen estrategias de integración desde las autoridades y comunidad, estas no serían las correctas por tomar la identidad de los migrantes desde una visión superficial o simplista y no desde lo que nos une como países latinoamericanos y desde los valores universales del ser humano:

Esa no es más que una técnica de la folclorización de la migración. Acá se hacen las colonias en Antofagasta que es como un evento donde van todos, ahí nadie odia a nadie, van todos a comer de todo tipo de comida en el Parque Croata pero es una folclorización... O sea... nos gustan sus bailes, nos gusta la salsa, pero cuando nos encontramos con ellos viviendo al lado: no nos gustan tanto... Más allá de la folclorización deberíamos buscar éstas raíces en común. **Entrevista 118, Trabajador de CESFAM, Marzo 2016**

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

Si bien Antofagasta representa uno de los **polos de crecimiento económico** actuales del país, existen una serie de elementos que hacen que parte de los habitantes de la comuna se encuentren en situación de vulnerabilidad. De acuerdo a la Encuesta Casen 2011, en dicho año se estimó que el **8%** de la población comunal de Antofagasta se encontraba en situación de **pobreza**. La registrada a nivel regional fue relativamente similar (7,5%), pero inferior a la tasa nacional de un 14,4% (5, 6) Este indicador mostró una disminución significativa en la cifras de la Encuesta Casen 2013, en el que la pobreza de la comuna fue de 3,6% según la nueva metodología de medición.

Entre los entrevistados se percibe reiterativamente una sensación de abandono de los espacios públicos traducido en la presencia de **basura** y otros signos que se asocian, por una parte, a la falta de cuidado de la urbe por parte de los ciudadanos y, por otra parte, a la **pobreza y hacinamiento**. Muchos de los participantes coinciden en que ambos fenómenos se entremezclan, y el origen común sería la **falta de identidad de la ciudad y la falta de pertenencia real** con el territorio:

En esta línea hay quienes definen a Antofagasta como un **gran campamento minero**, lo cual se ve reflejado en el poco cuidado que hay de sus espacios públicos, así como en la falta de aseo de sus calles. Muchos coinciden que el descuido de los espacios públicos no es algo nuevo sino que forma parte de una cultura presente desde siempre en Antofagasta, aun cuando se percibe que en los últimos años se ha exacerbado. Se sostiene que los habitantes no se hacen cargo de mantener el espacio atractivo y limpio, no lo cuidan porque un campamento por definición es un espacio transitorio, que no se siente como algo propio:

Al no haber esta misma identidad tampoco hay cariño por la ciudad o por las personas que viven en la ciudad o sea por ejemplo hay un parque que es el parque japonés que lo han reconstruido como cinco veces y lo han destruido siete, entonces como que no... Es un lugar, donde la basura es un problema importante justamente porque no hay cariño por su tierra o sea yo lo veo en Ovalle y en Ovalle no tiran basura así en la calle porque sí hay un cariño por la tierra, por el territorio. **Entrevista 118, Trabajador de CESFAM, Marzo 2016**

La falta de identidad, el mismo cuidado de la comuna, por ejemplo uno va a las playa y existe alta... de contaminación por parte de la misma gente y eso generalmente, ese cuidado va muy arraigado a lo que uno sienta por el suelo que uno pisa, si uno no siente apego o un real como amor por así decirlo por el suelo que uno vive es poco probable que uno lo intente cuidar y eso se da bastante por ejemplo... acá en la comuna... Acá tanto... no existe como esa relación y eso no es de ahora ni... Es de mucho tiempo, yo tengo memoria que siempre ha sido el mismo... **Entrevista 31, Autoridad de Salud, Diciembre 2014**

Yo te diría la Comuna de Antofagasta primero es como un Chile Chico, es larga y angosta, entre la cordillera y el mar, y tiene una... [...] y una cultura extractiva, no una cultura inclusiva... [Antofagasta] es un campamento minero, más disimulado, pero sigue siendo un campamento minero. **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016.**

A la vez, se sostiene que este "gran campamento minero" es altamente **segregado**. Por una parte está el sur de la ciudad, el cual corresponde a un territorio urbanísticamente atractivo, limpio, nuevo, con hermosos proyectos inmobiliarios. Por otra parte está el norte de la ciudad, donde se sitúan la mayor cantidad de campamentos y zonas pobres.

El centro, el norte y el sur constitutivamente son muy distintos ehh el tipo de personas que lo habitan son muy distintos también, ehh el sur enmarcadamente clase alta ehh...La fisonomía de la ciudad cambia mucho de un sector a otro, ehh calles mejor pavimentadas, con veredas preciosas con algo de verde... En otros sectores calles inexistentes... o si existen son de tierra... Ustedes si miran hacia los cerros van a ver que ehh Antofagasta han ido proliferando los... los campamentos ... Antofagasta hoy tiene sobre veintitrés o veinticuatro campamentos ehh siendo eh de las ciudades o las regiones más ricas de Chile, ehh aquí es verdad que que... comparativamente hablando del índice de pobreza es mucho mas bajo, ehh... Podríamos decir de los más bajos de Chile, pero los pobres son muy pobres. **Entrevista 122, Hombre, Autoridad Local, Marzo 2016**

Junto con los índices de pobreza registrados y la forma en que ésta se manifiesta social y materialmente, existen otros indicadores necesarios de considerar para evaluar la vulnerabilidad social de la comuna. En lo relativo a **educación**, en la comuna de Antofagasta el 89,7% de la matrícula escolar del año 2012 recibió financiamiento público (52,5% corresponde a establecimientos municipalizados y 37,2% a particulares subvencionados). Respecto a los resultados promedio en las pruebas SIMCE 2012, éstos son similares a los observados en la región. En relación al país, la comuna presenta puntajes inferiores en la prueba de Matemáticas de 11° Medio. Para los restantes indicadores, los puntajes de la comuna son similares a los del país (5, 6)

En lo referente a la **inseguridad social**, la tasa de casos de delitos de mayor connotación social es menor en la comuna que en el promedio de la región, pero mayor que el promedio nacional. Destaca el hecho que las denuncias por violencia intrafamiliar es menor en la comuna a lo que presenta tanto la región como el país (5, 6)

Respecto a la **vivienda**, según datos de la Encuesta Casen 2013 la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es similar al porcentaje de hogares en esta situación en la región, y mayor que la proporción total del país.

Es importante destacar que algunas autoridades participantes denuncian la **escasa disponibilidad de viviendas sociales** en la comuna, especialmente considerando que hace alrededor de cinco años no se desarrollan proyectos de construcción de viviendas sociales. Como consecuencia, existe una escasa disponibilidad de arriendo y un encarecimiento de estos, así como un **aumento acelerado de campamentos**, especialmente durante el año 2015. Estos campamentos están habitados tanto por chilenos como por extranjeros, todos con el anhelo de lograr allí una vivienda propia y regularizada:

Estamos trabajando con cincuenta y ocho campamentos... Mas caletas!... Tenemos un gran número de gente que está esperando pero no puedo porque no hay construcción"... "Nos dijeron que Antofagasta era muy caro construir! Y que los terrenos que habían... eran caros... Entonces por ese motivo no se construían viviendas sociales!...Mucho! cinco o seis años que no tenemos construcción de vivienda social! Y dado eso mismo... Igual se mantenían los doce, quince, dieciseis campamentos que llegamos en algún minuto... Y en algún minuto... Como nosotros en general, yo te digo la población... nos movemos mucho en las redes sociales...Y sonó muy fuerte que toda la gente que vivía en Campamento tenía prioridad para el tema de la vivienda y además que los iban a erradicar... Entonces... empezaron a formar inmediatamente campamentos que nunca se habían visto antes que son de trescientas a quinientas familias. **Entrevista 117, Autoridad Local, Marzo 2016**

La presencia de los campamentos ha estado presente desde siempre en Antofagasta dada la tradición minera de la zona, como a su identidad urbana marcada por lo transitorio. Aun así la proliferación de campamentos ha aumentado significativamente en los últimos años y se ha transformado en una de las características diferenciadoras de esta ciudad.

Si... acá hay harto campamento pero no sé... A pesar de que hay... Harta población migrante ahí... Hay harto tema... También hay harta población chilena... En los campamentos... Pero al menos tú lo podés interpretar... que tal como... Uno el... que el Estado no se hace cargo del problema... De las viviendas sociales. **Entrevista 116, Autoridad de Salud, Marzo 2016.**

La proliferación de campamentos ha exacerbado, a su vez, la alta **segregación espacial** según nivel socioeconómico de la ciudad. La zona sur es el sector habitado por los estratos socioeconómicos más altos, mientras que el centro y el norte son los territorios habitados por los sectores más vulnerables. Estas últimas zonas son aquellas industriales, con menos áreas verdes y que presentan peor mantención de espacios y vías públicas. Estas son las zonas donde están ubicados los 24 campamentos presentes en la ciudad, los cuales son habitados tanto por población chilena como por una gran proporción de población extranjera. Los campamentos, de acuerdo a las autoridades locales, representan la pobreza extrema de la ciudad, principalmente porque están situados en sectores destinados para los desechos urbanos:

Las condiciones de vida que allí se despliegan son consideradas como marginales. **Viviendas precarias, sin servicios básicos y con familias hacinadas**, son las características de los hogares que se observan en los campamentos:

Viven en el medio del basural. La Chimba está en el vertedero nuestro, de Antofagasta. Y ha crecido pero a niveles impresionantes y realmente sí, vivir en esas condiciones y la gente vive de la basura... **Entrevista 22, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Los que logran arrendar una casa con 3 dormitorios viven aproximadamente 5 familias. Una en cada dormitorio una en el living y otra en el comedor las se separan por cortinas no es más separación. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Tanto las autoridades administrativas como de salud sostienen que estas condiciones de vida de los inmigrantes conllevan un **riesgo sanitario e incluso vital** que cada vez se hace peor:

Hacen toda su vida cotidiana ahí, entonces cocinan y un montón de cosas, entonces cuando no está la infraestructura hechas para que se realicen ciertas actividades conlleva otros riesgos, en el caso de este la otra vez hubo un incendio que pasó por lo mismo, se quemó un edificio completo y fue porque alguien estaba cocinando en un lugar que no tenía que cocinar, saltó una chispa y prendió. **Entrevista 31, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Los baños son las quebradas u hoyos y... el agua se reparte la municipalidad... les reparte en camión" ... "Aquí en Antofagasta se da mucho el negocio de la venta de agua... no solamente la venta, el robo de agua también, pero ellos compran agua cuando no alcanza con lo que la municipalidad les reparte. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Los migrantes que llegaban a Antofagasta hace unos 15 años generalmente arrendaban piezas en el sector céntrico de la ciudad. Esta modalidad de vivienda se ha ido transformando en los últimos años y es posible ver que los inmigrantes, en vez de arrendar habitaciones para vivir, están construyendo viviendas precarias en los campamentos. Esta situación va en aumento, principalmente entre la población migrante en situación irregular, quienes se han asentado de manera ilegal en el sector:

Cuando tuvimos un aluvión y que murió mucha gente... el agua bajaba por las quebradas...Muchas de ellos están ubicados en las vías aluvionales, invierte peligro para ellos, para sus vidas, para sus familias y para toda la población... Algunos de ellos están entre las torres de alta tensión... Y que de por sí sola la torre energética produce... Un campo magnético... una onda expansiva... Entonces es muy peligroso que ellos vivan bajo estas torres, además que si llega a caer un cable! ... Entonces cuando nosotros pedimos eran veintiseis campamento que estaban en esta zona y que nosotros estábamos pidiendo al gobierno que en el fondo la gobernación... cuando la gobernadora lo pudiera desalojar de ese lugar porque estaban en riesgo! Era un riesgo inminente para ellos. **Entrevista 117, Autoridad Local, Marzo 2016.**

Los asentamientos, llamados Campamentos, han ido generando una cultura particular, marcada por la segregación respecto al resto de la ciudad y por la conformación de estilos de vida propios que sitúan a sus habitantes en una situación de vulnerabilidad. De acuerdo a la percepción de algunas

autoridades e informantes clave entrevistados, muchos inmigrantes llegan directamente a vivir en los campamentos, en el sector de la Chimba, por lo que la idea que se forman de lo que es Chile y su funcionamiento social y administrativo nace de las redes que se establecen allí. De esta manera, la **segregación de los campamentos determina un estilo de vida vulnerable y marginal para sus habitantes, especialmente los inmigrantes**, lo cual afecta tanto sus condiciones de vivienda, como el acceso a trabajo, salud, educación, entre otros ámbitos:

...Otra cosa también, y en eso ayuda la marginación de los inmigrantes más todavía, en que en el campamento tu vives como en microclima, o sea, estas como segregado de la ciudad, entonces... yo me he fijado que muchos inmigrantes llegan a un campamento y: esto es Chile... y no saben que tienen leyes, no saben que tienen derechos, no saben que tiene posibilidades de esto... O lo saben mal, porque te informa el vecino... y muchas veces informa: no, quédate así... En vez decir mira si lo que tu tienes que hacer es hacer esto, y presentarte a empezar a postular... pero aprenden del otro... **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016.**

La alta proliferación de campamentos está asociada a que tanto el costo de la vida, como el del suelo y los arriendos son extremadamente elevados en Antofagasta:

Una de las ciudades más cara que existe es Antofagasta y yo te daba el ejemplo de una sandía seis mil pesos. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Una pieza en el sector norte alto ciento ochenta doscientos mil pesos, sin derecho a baño exclusivo. Entonces el costo es imposible mantener para la gente con sueldos de trescientos cincuenta, que es el promedio acá. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Estos elementos generan, de acuerdo a la percepción de las autoridades, el desarrollo de un **tipo particular de pobreza** en Antofagasta, caracterizada por los altos costos de alimentación y de la vida en general; por viviendas de material ligero, construidas en terrenos no habilitados ni legalmente cedidos. Además, sostiene que el **alto precio de los terrenos** impide soluciones habitacionales básicas como las que se realizan en otras regiones del país:

... Segundo: la habitabilidad... es súper cara aquí en la ciudad, entonces para alguien que tiene un ingreso tan bajo es prácticamente imposible que pueda arrendar algo... más aún cuando tiene una familia grande qué sustentar... Entonces eso genera otro tipo de complicaciones ...Y que esas personas puedan tener una habitación digna que al fin y al cabo es un derecho de todo ser humano. **Entrevista 116, Autoridad de Salud, Marzo 2016**

Como aquí no llueve desde el 91, es posible vivir en casas de cartón (...) en los bordes costeros con carpas, o directamente vive en lugares abiertos públicos... La pobreza es más dura, más fea, más evidente que en otros lugares. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Entonces la alimentación es carísima, luz el agua el transporte es carísimo los arriendos son peores. Tu sabes que tiene que hacer la gente!? Se va a campamento. Y los campamentos ee... yaa? Son... yo diría suena fea la palabras pero... ghettos... porque hay campamentos colombianos, hay campamentos más peruanos hay campamentos... en fin. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

El elevado **costo de vida** de la ciudad se hace **más evidente entre la población extranjera**. Este factor empeora la vulnerabilidad social; según las autoridades entrevistadas, ya que si bien pueden ganar mejor que en sus países de origen, viven con muy pocos recursos ya que pagan caro por todo y el grueso del dinero que logran reunir lo envían como **remesas** a sus familias:

Incapacidad de pago absolutamente y además que recuerda de los trescientos cincuenta que ganan tan mandando cien para Colombia **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Muchos inmigrantes, por ejemplo, mujeres y hombres, llegan a la ciudad, trabajan en lo que sea y viven en condiciones pero, mínimas... y todo lo que ganan los mandan a sus países. **Entrevista 22, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Diversos actores sostienen que el asentamiento en los **campamentos debiera ser visto como un problema social**, no como una respuesta a un problema habitacional. Esto sitúa al problema en un plano más complejo, el de la vulnerabilidad social:

El problema de los campamentos en Antofagasta, o en Valparaíso, donde más hay, no es un problema de habitación, es un problema social, de una cultura de mercado donde te produce objetos y hay que botar ese objeto para producir uno nuevo... entonces produce basura y produce gente que es considerada basura... aquí hay un problema social, no es un problema solamente que no hay vivienda, hay un problema social...de marginación. **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016.**

Otra arista de vulnerabilidad que afecta a la población inmigrante en Antofagasta se relaciona con la **discriminación y el choque cultural entre la población chilena e inmigrante**. En términos de atribuir una causalidad a la discriminación, las opiniones entre los entrevistados parecen ser algo dispares. Una funcionaria de CESFAM señala que la **vulnerabilidad de los migrantes debe trabajarse desde la condición de Migrante**, ya que este sería el origen de la vulnerabilidad entre esta población:

Y el migrante tiene que ser pobre inmediatamente, no poh! el inmigrante sí está en una situación de vulnerabilidad por ser migrante... no necesariamente por ser pobre o por no tener estudios y ahí siento que sí falta una diferenciación entre los migrantes. **Entrevista 118, Trabajador de CESFAM, Marzo 2016**

Otra forma identificada entre los entrevistados de enfocar la temática de **vulnerabilidad de la población migrante es centrarse en la pobreza y no en la migración**. Al respecto una autoridad local señala que hay un énfasis de la condición socioeconómica como marcador de la identidad. Las personas ricas son similares en todos los países:

Es la clase media la que marca la idiosincrasia de los países, porque... te digo... que los ricos son iguales en todas las partes del mundo y los pobres están igualmente cagaos en todas partes del mundo... Pero ahí hay que ser... porque a mí el otro día me tocó una discusión, entonces los cabros hablaban que una familia... que una mamá fue al hospital, que en el hospital no se le atendió y que le dijeron porque era extranjera y todo... pero si es pobre? y va un chileno, tampoco se le atiende! también le van a meter alguna chiva... Hay casos de discriminación por ser inmigrantes, pero yo te diría que más bien la discriminación es por ser pobre... porque yo no creo que si viene una inmigrante colombiana o una peruana con plata se la van a rechazar. **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016.**

Tomando en cuenta las diferentes visiones presentes en Antofagasta sobre la vulnerabilidad social de la comuna, se observa una marcada y repetida vinculación de esta temática con la comunidad migrante y sus necesidades. Junto con lo anterior, existe la idea de que la migración internacional es una oportunidad para la **co-construcción multicultural de la identidad de la ciudad** y que desde esta se puedan enfrentar, comunitariamente, los desafíos pendientes relativos a la vulnerabilidad social y así vencer a la pobreza presente en parte importante de la comuna:

Vamos resucitando aquellos valores que creemos que son universales y que trascienden credos, culturas, etcétera... **Entrevista 35, Hombre, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

En la Figura 3 se presenta la distribución de vulnerabilidad social en población total comunal por manzana censal. La Figura 4 presenta la misma información pero solo para migrantes internacionales. El mapa de la Figura 3 de distribución de vulnerabilidad en Antofagasta 2002 muestra una composición heterogénea de la vulnerabilidad de su población total dentro de la ciudad. Los rangos de mayor vulnerabilidad se encuentran dispersos en la zona centro y centro sur de la ciudad, con algunas concentraciones en la zona norte y oeste de la ciudad.

En cuanto a la vulnerabilidad de inmigrantes (Figura 4), la población inmigrante vulnerable para el mismo año muestra una mayor dispersión espacial en las manzanas con alto rango de vulnerabilidad (intervalos anaranjados y rojos), las que aparecen más dispersas en el centro y centro sur de la ciudad y más próximas en la zona norte de Antofagasta (La Chimba). En términos de proximidad con otras zonas, las manzanas de mayor vulnerabilidad aparecen próximas a sectores con vulnerabilidad mínima, lo que sugiere una concentración de los inmigrantes vulnerables en manzanas específicas, pese a su dispersión a escala ciudad.

En términos generales, en Antofagasta se presenta un patrón espacial de vulnerabilidad de inmigrantes distinto al de las otras ciudades del norte como Iquique y Arica, pues hay más manzanas con rangos de vulnerabilidad altos (anaranjado-rojo) y estos tienden a la dispersión espacial, patrón que cambia cuando se analiza la vulnerabilidad de la población total, la cual aparece más concentrada en la zona centro y centro sur de Antofagasta.

Figura 3.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Antofagasta respecto de su población total, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad en Antofagasta 2002



Figura 4.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Antofagasta respecto de su población migrante internacional, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad en inmigrantes Antofagasta 2002



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

4. La salud de la comuna

4.1. 4.1 Descripción general de la salud de la comuna

En relación al número de establecimientos de Salud de carácter público, la Comuna de Antofagasta cuenta con un Hospital Público Regional (Dr. Leonardo Guzmán), un Centro de Salud Familiar (CESFAM) llamado Centro Sur. La comuna también cuenta con dos Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), el Norte de Antofagasta y el Juan Pablo II. Otras instalaciones son los tres Centros de Salud Urbana (CSU) llamados Antonio Rendic, Central Oriente y Corvallis respectivamente. Finalmente la comuna cuenta con un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), conocido como COSAM Sur, entre otros establecimientos públicos y privados que se muestran en la Figura 5.

Este mapa (figura 5) muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Según datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) 2013, entre las actividades de la Red Asistencial Pública destacan las consultas de urgencia APS (332.103 consultas) y consultas de urgencia, Hospital de Alta y Mediana Complejidad (256.398 consultas). El número de exámenes médicos preventivos fue de 29.264. Las mayores causas de muertes en la región son las siguientes en orden decreciente: Tumores (Neoplasias), Enfermedades del sistema circulatorio, Causas externas y Enfermedades del sistema digestivo (6).

A pesar de la existencia de establecimientos de salud en la comuna, una demanda recurrente entre los entrevistados es la dificultad para acceder a especialistas en la atención primaria. De esto da cuenta una de las participantes, quien es funcionaria de un centro de salud:

Finalmente el parámetro que rige su beneficio es la hora médica, ya. [E: Hhmm] Mas que incluso la entrega de medicamentos, la entrega de productos de atención complementaria o la hora con matrona, enfermera u otro profesional... Es la hora con médico. Si no hay hora con médico, la gente se ve vulnerada, no le encuentra solución a su problema y genera un reclamo mayor. [E: Hhmm] Ahora, nosotros funcionamos por agenda, entonces eehh como está sectorizado, cada sector tiene una agenda que para su profesional médico en este caso, tiene agenda para control del niño sano, para salud mental, para adulto mayor... Entonces esas agendas ya están copadas, y muchas veces en las mañanas tenemos pocas horas, pocos cupos para la morbilidad. **Entrevista 22, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

342

Junto con la demanda por mayor cantidad de especialistas, las voces provenientes de los propios migrantes dan cuenta de otro fenómeno, relacionado a la manera en que ellos se sienten sindicados socialmente como causantes de que los servicios de salud sean percibidos como insuficientes:

Sí porque... también no es para uno! No somos solo los extranjeros! son para todos... Y ahora el problema, es decir... el problema de la salud... eeh... algunos chilenos dicen que los extranjeros eeh... les quitamos lo poco y nada que tenían... de salud. Que por eso los hospitales se colapsan entonces se uno como extranjero escucha más referencias sobre eso"... "Eehh, como somos más... eeh... esa mayoría disminuye la atención para ellos. Por decir un enfermero intenta atender cinco personas... con la llegada de los extranjeros éste aumentó... y ahora atiende veinticinco. **Entrevista 24, Grupo Focal Inmigrantes, Diciembre 2014.**

Otro tema que destacan los funcionarios o trabajadores de salud entrevistados se relaciona con la falta de recursos para atender adecuadamente la demanda creciente de atenciones a raíz del aumento de prestaciones a gestantes y niños, ambos temas vinculados al aumento de atención a población inmigrante, principalmente femenina:

Debo tener unos cuatrocientos cincuenta niños menores de tres años... imagínate ... Entonces la producción es altísima, e e e este sector ingresa aproximadamente veinte a veinticinco embarazadas mensuales y mis colegas que ingresan chilenas... cinco, cuatro?... Nosotros tenemos como te decía un inmenso tarjetero de chiquititos menores de tres años. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Entre las autoridades y funcionarios o trabajadores de salud entrevistados hay concordancia de que actualmente, con el aumento de población inmigrante en la comuna, la demanda por control de niño sano y de embarazo ha aumentado de manera notable. Una profesional que atiende en un sector de la ciudad cuya población usuaria en el 2014 estaba conformada casi íntegramente por inmigrantes expresa en sus palabras los cambios demográficos que ha sufrido su área.

Bueno... no a todo el mundo le gusta mucho o sea... porque, tu sabes... que de alguna manera hay hay extranjeros... no? que que no están cotizando... y que no que no están inscritos ,mientras no tienen documentos, no están inscritos a un per cápita... Entonces igual la gente reclama porque dice bueno tenemos que estar solventando algo que ni siquiera nos llega por cápita. **Entrevista 23, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Respecto a la atención de salud de población inmigrante masculina, las autoridades y funcionarios de salud entrevistados sostienen que, al igual que lo que muestran las cifras a nivel regional, donde los oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines son los que sufren mayor cantidad de defunciones laborales (5, 6), entre la población inmigrante masculina se ve altamente afectada por accidentes laborales, aun cuando esto no se ve reflejado en las cifras ya que muchos trabajadores inmigrantes se encuentran en situación irregular en el país, o sin contratos de trabajo, entre otras situaciones que los dejan en una situación de vulnerabilidad respecto a la salud. Los funcionarios o trabajadores del CESFAM entrevistados dan cuenta de esta realidad y reconocen que existen una serie de aristas ocultas respecto a la salud de los trabajadores inmigrantes, de las cuales nadie se hace cargo:

Nos pasó por ejemplo la situación nos pasó una situación muy extraña hará unos meses atrás en que nos empezaron a llegar hombres jóvenes con accidentes por ejemplo nos llegaron tres semanas seguidas tipo una y media dos de la tarde ... Un día llegó ponte tu un joven boliviano con un corte acá el labio así ... y un corte en el brazo con una galleta le empezamos a preguntar porque no iba a mutual poh... si estaba contratado porque no iba a mutual... e e e... no, bueno, al final dijo que no tenía documento, bueno, aquí uno calcula que está trabajando en un lugar donde no tiene contrato. **Entrevista 23, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

En síntesis, los requerimientos de salud de los CESFAM parecen estar aumentando y cambiando de acuerdo a las características de la población actual de Antofagasta. Existe la percepción de que muchas de las demandas de salud no están siendo cubiertas, tanto para la comunidad chilena ni para la población inmigrante. Además, se sostiene que hay una falta de estadísticas comunales actualizadas y desagregadas para chilenos y extranjeros, lo que impide planificar y generar programas adecuados, así como destinar recursos de manera eficiente para la población.

4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

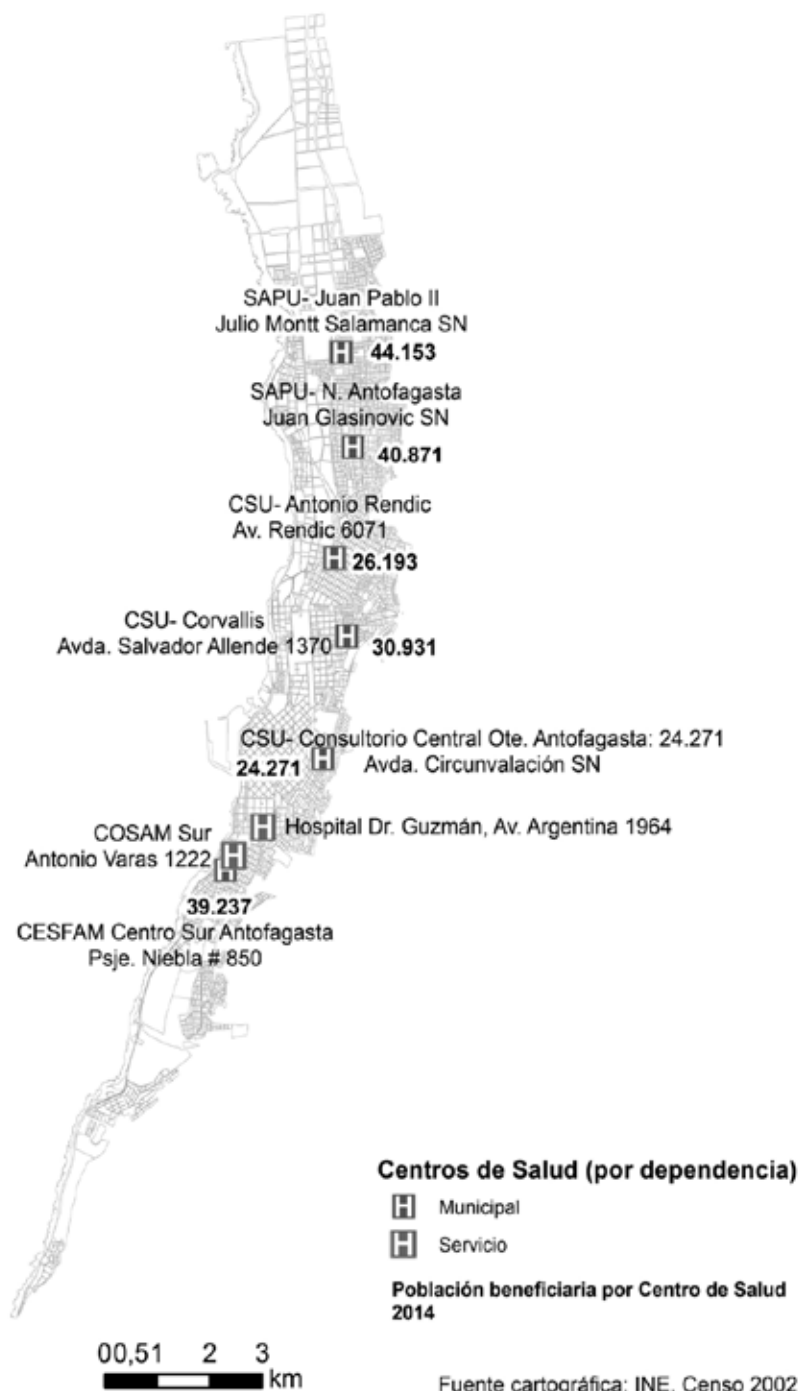
La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

La Figura 5 muestra la distribución espacial de los centros de salud primaria y secundaria de Antofagasta.

Figura 5

Mapa de distribución espacial de centros públicos de atención primaria y secundario en Antofagasta, 2013.

Distribución de Centros de Salud y población beneficiaria APS en Antofagasta



5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Entre la población inmigrante de Antofagasta es posible identificar diversos **motivos para migrar**, entre las principales razones destaca la económica y la búsqueda de fuentes laborales más lucrativas que las que pueden encontrar en sus países de origen:

En Chile había posibilidades de trabajo. **Entrevista 30, Mujer, Migrante, Peruana, Diciembre 2014.**

A trabajar, a conocer, a trabajar. **Entrevista 37, Mujer, Migrante, Peruana, Diciembre 2014.**

Puro trabajo, a trabajar, trabajar, trabajar. **Entrevista 32, Mujer, Migrante, Colombiana, Diciembre 2014.**

Viendo la posibilidad de una nueva oportunidad laboral. **Entrevista 33, Mujer, Migrante, Colombiana, Diciembre 2014.**

Aparece también mencionado un **espíritu de aventura** en tanto motor de la migración en sólo un testimonio. Respecto a la **elección de la ciudad de Antofagasta** para establecerse, gran parte de los inmigrantes entrevistados sostiene que la comuna les da la sensación de estar más cerca del país de origen, no así ciudades que están más en el centro o sur de Chile. Además, han elegido Antofagasta ya que es una ciudad que entre los inmigrantes tiene fama de ser **pujante económicamente** y por ende, ofrecer alternativas laborales lucrativas:

Podía tomar un trabajo para Santiago pero yo no quise porque me iba a sentir más alejada de mi casa. **Entrevista 30, Mujer, Migrante Peruana, Diciembre 2014.**

Nosotros tratamos de coger todo lo positivo del chileno y metérmolos al corazón y ganármolos porque estamos en su casa y estamos agradecidos! De que nos abrieron las puertas y tener la oportunidad de vivir en un país tranquilo, de una ciudad tranquila y de poder ganar la moneda que nos sirve. **Entrevista 24, Grupo Focal de Migrantes, Diciembre 2014.**

Otras de las razones para llegar a Chile que se escuchan, principalmente dentro de la **población migrante colombiana, es el escapar de la violencia** existente en dicho país, por los hijos, ellos mismos y la familia. En general tienen la opinión de que Chile es un país tranquilo:

En mi país hay tanta violencia entonces cuando se es mamá quiere que sus hijos estén en un entorno como más sano. **Entrevista 36, Mujer, Migrante, Colombiana, Diciembre 2014.**

...Yo llegué para un nuevo porvenir porque en Colombia la cosa está muy dura lo que es la violencia (...) a mi me mataron a mi papá, me mataron a mi hermano, a mis primos... **Entrevista 28, Hombre, Migrante, Colombiano, Diciembre 2014.**

El conflicto interno que tiene el mismo país. El sepulcro... mucha guerrilla, inseguridad!!! la guerrilla del país cercano, la sociedad, andan de civil, tú no sabes quién es quién. Entonces siempre estás en alerta!... Igual cuando asesinan alguien no! ... No ven a nadie... Porque siempre andan en moto, los sicarios... O hay un riesgo de que se forme una balacera... Tenemos que tirarnos al suelo y después hay que estar con una bala perdida de aquí para allá... A cualquiera de nosotros este país nos da tranquilidad... O estrelló, mataron a alguien o una balacera... O una bomba! O una bomba claro... En cambio aquí es totalmente la tranquilidad... Y eso que nos dice ustedes mismos que el chileno que hacia el sur es más tranquilo [E: Sí, es verdad!] y para nosotros esto , pa mi me dan una pega de quinientas luquitas o que sean trescientas pal sur y que se al fin y yo me voy!... Sii!! porque la tranquilidad no tiene valor!!! **Entrevista 24, Grupo Focal Inmigrantes, Diciembre 2014.**

La identificación de diferentes motivos para migrar por parte de la población inmigrante también es compartida desde la percepción de población chilena de Antofagasta:

Entre los inmigrantes entrevistados fue posible identificar variadas experiencias en torno a la migración hacia Chile. Cabe destacar que estas están marcadas, en gran medida, por el estatus migratorio de las personas. Aquellos que entran al país en forma regular enfrentan el desafío de regularizar sus papeles, trámite administrativo que demora entre cuatro y ocho meses como mínimo.

Sí, yo te diría que hay que hacer una distinción, que los peruanos, bolivianos, ecuatorianos, vienen aquí buscando una mejor situación económica... buscando recursos para mandar a su familia... vienen de la pobreza, con mala educación y vienen buscando una mejor situación económica... el colombiano arranca de su país, la mayoría de las veces por una situación de violencia. **Entrevista 122, Hombre, Autoridad Local, Marzo 2016.**

Junto con lo anterior, tanto la población inmigrante de Antofagasta como las autoridades locales reconocen que existen permanentes cambios en la normativa nacional vigente para que la población migrante regularice su situación migratoria. Las autoridades locales de la ciudad de Antofagasta perciben enormes desafíos pendientes en el proceso de tramitación y obtención de visa en Chile para migrantes que ingresan al país en forma legal. Dichos desafíos abarcan tanto la tramitación de nuevas normativas y legislaciones que permitan acelerar más el proceso, como mayor capacitación a

funcionarios del Departamento de Extranjería y Migración, y Policía de Investigaciones (PDI) en todo el país, con el objetivo de reducir el tiempo de los trámites pero, sobre todo, los casos de discriminación y abuso que se han reportado:

A lo engorroso de la regularización se agregan frecuentes denuncias de **discriminación y abuso** en la frontera, dicha discriminación y abuso se da, según la percepción de inmigrantes y de autoridades locales, desde el momento mismo de entrada al país, en la frontera. La personalizan en los funcionarios de aduanas. En muchos casos, sostienen que la discriminación es por **color de piel** de la persona migrante. Se sostiene que en esta instancia se produce el efecto del *"rebote fronterizo"* para migrantes tanto de color como de ciertos países por parte de funcionarios de la aduana, quienes avalados por la Ley de 1975 de inmigración se atribuyen el poder de elegir quienes pueden o no pueden entrar al país:

Se ha ido aumentando la dotación de funcionarios públicos, y a veces un funcionario público que tú rotas de un servicio a otro, que no necesariamente quiere estar ahí... Hay un desánimo, desencanto y también una falta notable de herramientas también profesionales de trato interpersonal. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

No sé cómo es la realidad en las otras regiones. Yo creo que es solo acá en Antofagasta porque solo acá en Antofagasta hay que mandar los papeles a Santiago y no se hace en la misma gobernación el trámite. **Entrevista 116, Autoridad de Salud, Marzo 2016.**

Falta mucho que mejorar... Que sea el trámite local, el hecho de que ya alguien tenga que mandar sus papeles a Santiago, y además como es a través de correos, no va a llegar en una hora a Santiago! Ya son dos o tres días... Entonces tienen que recuperar la re... correspondencia la tienen que subir al... Al bus... O a lo que sea que se lleve la correspondencia... Tiene que ser entregada la correspondencia y ya con eso se perdió una semana, Que recibe la persona que está a cargo... ahí serán unos dos o tres días más... y con la ensalada de papeles!... **Entrevista 116, Autoridad de Salud, Marzo 2016.**

Uno de los grandes problemas [de la Ley] es que otorga discrecionalidad a las autoridades (...) Se transforma en una arbitrariedad tremenda porque no necesariamente la persona que esté en la aduana tiene el criterio adecuado para decidir... **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Con frecuencia los extranjeros ingresan al país de manera irregular después de haber sido rechazados en la frontera. Para quienes ingresan de manera ilegal al país la experiencia de migrar

se torna más difícil. A través de las entrevistas realizadas fue posible identificar varias historias de ingreso irregular, todas ellas marcadas por la exposición de estas personas a situaciones de riesgo. Una de las maneras de entrar ilegalmente es, por ejemplo, en bus, donde los migrantes son ocultados por el chofer de turno. Otra manera de ingresar es caminando por los llamados huecos fronterizos, por ejemplo a través de la playa, la cordillera o la línea del tren, con todos los peligros que dichas travesías conllevan:

La gran problemática del inmigrante, no sé si solamente se da en Antofagasta, es la inclusión de parte de chilenos. Lamentablemente como pueblo nosotros somos bastante, no sé si decir xenofóbicos pero si tenemos problemas con los inmigrantes. **Entrevista 22, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

No me dejaron entrar así que imagínate, tuve que entrar ilegal... tuve que entrar ilegal y así que ahora me tienen otra vez firmando. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Aquí hubo muchos prejuicios (...) en varias regiones hacia los santiaguinos, después fueron los peruanos y ahora son los colombianos. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

En Perú no me dejaron entrar, me robaron, pasé mucho trabajo, dormía en los terminales, en la calle, pasé demasiado trabajo para poder entrar acá, por ser negro me cobraron 500 dólares los funcionarios entonces yo por la desesperación me metí ilegal yo solo por la cordillera. Pasé de noche con cuatro mujeres más, llegamos a Arica. **Entrevista 28, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

La gran mayoría son antipáticos, me disculpa pero como que no tienen educación... No saludan, lanzan malas frases como aquí vienen pa' quitarnos la pega"... "A nosotros nos exigen más por ser extranjeros. **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Residir de manera irregular en Chile afecta fuertemente las condiciones de vida de la población inmigrante y el bienestar tanto individual como familiar. La irregularidad migratoria implica dificultades para encontrar trabajo y vivienda, lo cual conlleva que dicha población y sus familias se encuentren en una situación de alta vulnerabilidad:

En resumen la experiencia de migrar a Chile presenta diversos matices fuertemente determinados por la manera en que se ingresa al país. Esta forma de entrar en gran medida va a predecir el devenir de la experiencia migratoria en los años posteriores.

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

Una vez establecidos en Antofagasta, los inmigrantes experimentan diversas vivencias según su condición migratoria y otros aspectos. El **ingreso regular al país facilita la instalación, conseguir trabajo, salud y educación para los hijos, pero no excluye los problemas de adaptación sociocultural y la recepción por parte de la comunidad** chilena. Generalmente los migrantes se sienten rechazados y, en ocasiones, dicen ser víctimas de discriminación. Si bien la experiencia migratoria, incluida la vida y el trabajo en Antofagasta, parece estar marcada por la **discriminación** que perciben por parte de la población chilena, esta estaría avalada por una serie de prejuicios instalados en la población nacional, que sitúa al migrante como una amenaza o como sujetos que vienen al país a **arrebatarles sus fuentes laborales así como sus espacios públicos y personales**

Estoy sin trabajo porque prácticamente así uno está ilegal... Con esta situación me siento muy mal porque no puedo trabajar. Tengo una hija en Colombia que depende de mí así que imagínese... **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Cuando han llegado a vivir con nosotros gente de otro color de piel el fenómeno migratorio es mucho más evidente y el rechazo también es mucho más evidente (...) Hace tres años nosotros teníamos en todos los lugares de acceso gobernación, PDI, plaza de armas, rayados callejeros grafitis en contra de los migrantes, pero fundamentalmente en contra de los inmigrantes colombianos afro **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Muchos dicen por ejemplo es que esas negras son groseras, las negras son atrevidas, pero te lo digo yo, yo soy una persona. **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Una vez estaba en el supermercado y una señora... Ella estaba delante de mí y entonces ella estaba pagando, pues yo me acerco porque también iba a pagar entonces ella hizo como un gesto así como para que yo no la tropezara, yo la miré y dijo: a mí no me gustan los negros... Y dijo así que los negros eran unos asquerosos, que eran colombianas culiadas que venían a robarle los maridos a las mujeres. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

La discriminación aparece como una experiencia transversal a los inmigrantes más allá del país de procedencia, aun cuando se acentúa por el **color de piel**.

Junto con lo anterior, las **personas provenientes de Colombia dicen sentir una discriminación mayor** por su país de origen ya que socialmente existe la idea instalada que los inmigrantes colombianos están vinculados al narcotráfico, la delincuencia y la prostitución.

Los inmigrantes relatan venir al país en busca de mejores **oportunidades laborales** que las que podrían obtener en su país de origen. En general, en la ciudad de Antofagasta los inmigrantes se empujan en el sector de la minería, en el área de servicios como asesoras del hogar, y peluquerías en el caso de colombianos. En Antofagasta, si bien ellos sostienen que hay trabajo para extranjeros, dicen que estos suelen ser informales lo que deja a los inmigrantes en una situación de desamparo y vulnerabilidad social. Al no tener un contrato, los inmigrantes no cuentan con los derechos y beneficios sociales de todo trabajador. A la vez, como es una población que requiere trabajar bajo cualquier condición dada sus necesidades, muchas veces quedan expuestos a **condiciones de trabajo riesgosas** e inseguras.

A nosotros nos dan fuerte, nombran que nosotros venimos a vender droga, que somos ladrones. Si, entiendo que algunas personas no se portan bien, pero no todos, es una minoría. **Entrevista 27, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Es duro... sobre todo para las mujeres, lo tratan mal a uno (...) Yo buscaba así pega como para asesora del hogar cosas así y no y, no siempre me decían: vaya para allá en los topless hay trabajo. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Lo anterior hace que aumente la percepción, por parte de la población inmigrante, de que en Antofagasta existe discriminación, la cual se acentúa al sentirse explotados en sus trabajos y **más exigidos que los trabajadores nacionales**.

Cuando están con contrato simulado o falso no siempre les pasan los implementos de seguridad necesarios... No de la minería porque está súper normado y lo solucionan de manera inmediata. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Sostienen que la población extranjera de la comuna se desempeña principalmente en labores domésticas y servicios orientados a atención a clientes, y que generalmente son personas que tienen un nivel de educación secundaria incompleta o completa. Se sostiene que la población de origen colombiano tiene estudios de grado técnico de uno ó dos años. Ésta preparación los podría posicionar como capacitados para ejercer ciertos oficios de manera competente tales como gasfitería, electricidad o peluquería.

Como estaba ilegal me pusieron en trabajo de construcción y no me pagaron, me decía que me iban a entregar a la PDI y entonces yo por miedo a la PDI... **Entrevista 28, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Casi todos los colombianos tienen un grado técnico diferente, ellos allá todo lo estudian! si van a ser eléctricos ellos estudian para ser eléctricos, aunque sea un año, si va a ser peluquero estudian un año o meses, pero tienen algo... De instrucción más formal...Y de repente algunos que son técnicos en una cosa, en otra, es increíble! **Entrevista 119, Director de CESFAM, Marzo 2016.**

Respecto a la experiencia de emigrar, de acuerdo al testimonio de inmigrantes entrevistados, éstos quedan marcados por el **desarraigo que sienten respecto a su país de origen**. Muchos entrevistados dicen haber **dejado a sus familias e hijos**, lo cual genera una constante preocupación en ellos así como soledad, angustia y desesperanza.

Los mejores años de mis hijas y los míos, de compartir en familia me los he perdido, me los estoy perdiendo. **Entrevista 30, Mujer, Migrante Peruana, Diciembre 2014.**

La ausencia de mi madre eso es lo difícil para mí. **Entrevista 32, Mujer, Migrante Colombiana, Diciembre 2014.**

Salud mental mal... Muuy mal (...) Porque con el problema de los documentos no puedo traerme a mi hija y eso es lo que me pone muy muy mucho mal. **Entrevista 33, Mujer, Migrante Colombiana, Diciembre 2014.**

Uno se siente por acá solo con su familia allá lejos. **Entrevista 29, Mujer, Migrante Colombiana, Diciembre 2014.**

Esta situación de pérdida de vínculo familiar dicen soportarla por el hecho de que les permite enviar dinero a sus familias o **remesas**, éstas le dan significado a su experiencia migratoria. Aquel dinero significa darles una mejor vida y futuro a sus familias e hijos, lo cual ressignifica el sacrificio que implica ser un inmigrante. El contacto con la familia es permanente y para ello sostienen utilizar toda la tecnología existente como redes sociales, telefonía, internet, etc. Además, todos los meses los inmigrantes relatan enviar parte importante de los ingresos logrados a sus familias.

Estas remesas les permiten “estar sin estar” como ellos lo llaman. Es el dinero que se envía para la educación y cuidado de los hijos en los países de origen, y sostienen que los mismos hijos reconocen el sacrificio hecho por los padres y/o madres para que puedan surgir como familia.

Ganamos ponle seiscientos mil entre los dos (...) casi siempre se envían más de doscientos [a Colombia]. **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Ganaba trescientos cincuenta y enviaba doscientos. **Entrevista 29, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Ellas me dicen: no mamá, siempre estuvo con nosotras, con las colaciones, los pasajes, pagando la universidad. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

La mayoría de mis problemas radican prácticamente en lo económico (...) tiene que mandarle [dinero] a su familia allá, tiene que sobrevivir acá y siempre tienes como que un drama... **Entrevista 32, Mujer, Migrante Colombiana, Diciembre 2014.**

Ya se vino hace dos años [su hijo]... Mi compañía, mi todo, como que me siento más lleva, no siento ese vacío. **Entrevista 30, Mujer, Migrante Peruana, Diciembre 2014.**

Esta necesidad de enviar dinero al país de origen sitúa a los inmigrantes en una posición de vulnerabilidad socioeconómica adicional ya que muchas veces no les alcanza la sobrevivencia con el dinero que se quedan, lo que trae consigo la expectativa del retorno. Asimismo, un sueño que aparece en la mayoría de los relatos de inmigrantes, además del retorno al país de origen, es el poder traer algún día a la familia a Chile para el bienestar de todos. Indudablemente el lugar en el cual forma hogar una familia, impacta la vida en todas sus dimensiones y su salud. Las condiciones de la vivienda de los migrantes, así como el barrio donde viven en Antofagasta varía según nivel socioeconómico. Quienes viven en condiciones de mayor pobreza lo hacen arrendando en el sector centro de la ciudad, casonas subdivididas, familias hacinadas en piezas, baños compartidos.

Los migrantes entrevistados señalan que es muy difícil para ellos conseguir un lugar donde vivir al llegar a Chile. Parte de las dificultades radica en la ausencia de regularización de documentos migratorios que le permitan firmar un contrato. Los arriendos son muy caros, con restricciones para los extranjeros, por lo cual deben optar por subarrendar piezas a un costo muy elevado.

Sí, en una pieza duermo con mis dos hijos. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Arriendo una pieza (...) Los tres, mi esposo mi niña y yo... La habitación es chica... y eso no me favorece porque la niña necesita su espacio. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Primero por ser extranjero nos cuesta mucho conseguir una casa, un departamento, al principio nos preguntaban si era con niños y no nos arrendaban... **Entrevista 36, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Como se mencionó anteriormente, en los últimos años han proliferado los campamentos en la zona Norte de Antofagasta. Esto ocurre especialmente en el sector de La Chimba, las viviendas de los campamentos son de material ligero, pensadas como viviendas transitorias con condiciones muy precarias. Los terrenos donde se erigen estas viviendas no tienen permiso de edificación y en ocasiones se emplazan en lugares de riesgo.

Existe una parte importante de migrantes que realizan el viaje a Chile con sus hijos. Los niños también se ven involucrados en importantes cambios en sus vidas. Así como los adultos llegan a Chile a insertarse en la fuerza de trabajo, los niños deben **ingresar en la red escolar del país** la cual muchos perciben como adecuada.

En Antofagasta también los colegios han ido teniendo que abrir sus puertas a educar niños migrantes (...) Ha sido en general positivo (...) Aquí en Chile el acceso a la educación está asegurado (...) No es bien visto que los niños en horario de clases anden dando vueltas por la calle. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Si bien en Antofagasta existen muchos colegios que reciben a población extranjera, hay uno que es reconocido por ser el que alberga a la mayor cantidad de niños inmigrantes. Esto ha llevado, según el relato de algunas personas entrevistadas, a que dicho establecimiento sufra de una estigmatización y discriminación al estar considerado como “colegio de inmigrantes”, lo cual ha alejado a la población local nacional de matricular a sus hijos allí.

De esta manera, es posible observar casos de **discriminación que sufren niños migrantes**, quienes son víctimas de acoso y hostigamiento escolar.

Llama la atención que una porción de los **niños extranjeros son invisibles** para el sistema educativo. Son los que, al no contar con un número de RUT, no son registrados en el sistema escolar. De este modo, aún cuando dichos niños asistan regularmente a los colegios, el sistema no los reconoce como alumnos, no ingresan como alumnos regulares, quedando en una suerte de limbo social y educacional.

Aún cuando a los niños se les abre la puerta en los colegios ahí no queda resuelto todo el problema (...) Mientras el niño no tenga RUT no ingresa al sistema por lo tanto entra como su mamá, como su papá, como su abuelita... **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

La **convivencia de migrantes con chilenos** en general se menciona como buena, pero algo distante y en algunos casos con ciertos roces por discriminación a población inmigrante y dificultades de convivencia. Con frecuencia se avanza desde el simple choque de culturas a dificultades importantes de convivencia, denuncia a las autoridades e incluso agresión:

La molestia de los ciudadanos de Antofagasta con la cultura propia de los extranjeros, en aspectos tan simbólicos como la vestimenta, música, comida, modales y lenguaje (entre otros), da origen a roces y dificultades de convivencia cotidianas. Algunos entrevistados señalan que hay conductas o costumbres de los extranjeros que dan pie para que la población nacional local se moleste. Frente a situaciones de escasa integración entre la cultura chilena y la de inmigrantes, es decir el choque cultural, hay voces de extranjeros que señalan que se debe respetar la cultura local e intentar adaptarse a ella (concepto que se conoce como aculturación):

A pesar que mis hijos son de tez blanca tuvieron bullying en el colegio... los niños no querían jugar con ellos porque eran extranjeros entonces ellos llegaban todos los días llorando... Al más chico la tía inclusive le pegó, llegó un día golpeado... **Entrevista 36, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Emerge como un tema relevante dentro de los relatos de experiencia de vida en Chile la importancia que otorgan los inmigrantes de contar con una **red de apoyo social** real, ya sea en la pareja, en la familia que los acompaña en Chile o en amigos tanto extranjeros como locales. Si bien las características de las redes de apoyo pueden ser diversas, son cruciales para iniciar la vida en Chile y poder superar las adversidades que conlleva el ser migrante.

[Salí de esto] con fuerza de voluntad y el apoyo de mi jefa. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana.**

Cabe destacar que existen tensiones de convivencia entre los propios extranjeros. La figura del inmigrante radicado en Chile versus el que recién llega al parecer actualiza tensiones e incluso discriminación entre los diferentes migrantes y nacionalidades:

Mal me han tratado mis mismo compatriotas más que los chilenos. El mismo colombiano, he chocado más con ellos que los mismo chilenos porque el colombiano es racista, le gusta el negro uno que otro. Ellos les muestran la risa a uno y cuando te dan la espalda le entierran el clavo, le echan el agua sucia a uno. **Entrevista 28, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Y así me ha pasado con mucha gente digamos colombianos de piel blanca que tienen así como diferencias con la gente oscura. Son más alegres y son más bulliciosos sí, pero no eso no quiere decir que sean más o menos personas. **Entrevista 26, Trabajador CESFAM, Diciembre 2014..**

El afro ya migra discriminado, porque viene discriminado incluso por sus pares que no se quieren relacionar aquí con ellos, y es hostil. **Entrevista 36, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

Para mi parte de la alimentación, no faltar a los controles. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana; Diciembre 2014.**

Primero saludable que uno físicamente anímicamente se sienta con energía, con energía y con la capacidad de poder salir a la calle y trabajar. **Entrevista 36, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

El “**estar saludable**” de acuerdo a los inmigrantes entrevistados se relaciona estrechamente con el **poder trabajar**, con condiciones laborales seguras y con estilos de vida saludables. Hay quienes además reportan que estar saludable es asistir a los controles de salud y mantenerse en un ánimo positivo, obviando las penas propias del desarraigo así como a malos tratos que pueden recibirse en Chile:

La mayoría de los migrantes entrevistados señalaron tener una **autopercepción de un buen o muy buen estado de salud**, pero también hubo quienes manifestaron percibir su salud actual como regular o mala. Las razones percibidas son envejecimiento, cansancio físico por el trabajo o malestar físico.

Respecto a las **acciones preventivas**, gran parte de los/as inmigrantes entrevistados sostiene que usualmente recurren principalmente a remedios caseros, como la miel con limón o en ocasiones a hierbas medicinales, práctica que traen desde sus países de origen. Las hierbas las traen cuando van de viaje a sus países o las encargan a familiares y conocidos.

Respecto a la **percepción del sistema de salud** en Chile, existen diversas impresiones. Hay un grupo conforme con el sistema, que lo considera eficiente y resolutivo. Pero hay una gran mayoría de migrantes que sostiene que el sistema no es bueno y que es altamente discriminatorio:

Mi salud yo creo que bueno, con un poco de grasa porque como mucha (risas) **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Yo la considero ahora como regular (...) uno a través de los años pierde vitalidad (...) Yo pienso que por el trabajo uno se agota, a veces no respiro. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Muy mal... A veces me duele el pecho. Me duele mucho el pecho, me duele la cabeza y a veces me sale así sangre por la nariz, cuando me estreso así me sube la presión. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

No me gustan mucho los medicamentos. Yo lo único que hago es comprar naranjas o limón. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Cuando me siento mal como te digo, trato de solucionar mis problemas (...) Si a mí me da gripa, yo la verdad no voy a médico, yo me compro miel con leche hervida o miel con jugo de naranja. Tiene que ser algo muy grave para ir al médico. **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Muy básico el servicio y es como que no están ni ahí"... "A los inmigrantes no nos pescan en nada. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

La mala atención, la discriminación, yo he estado ahí, he sido presente de la forma como a veces lo atienden a uno y la forma con que lo discriminan a uno. **Entrevista 27, Hombre, Migrante colombiano, Diciembre 2014.**

Algunos de los inmigrantes entrevistados dicen **no conocer el sistema de salud en Chile o no comprender bien cómo opera** ni como acceder a él. Les parece ajeno, extraño y poco amigable. Además existe la percepción de que el acceso a salud es negado para inmigrantes:

Tengo poco conocimiento de algunos servicios o entidades no sé si tengan el mismo nombre. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Aquí no lo atienden a uno (...) en el norte lo dejan, es como que muera. Mi prima tenía unos miomas en la matriz y a ella no la atendían, no la operaban, nada, y ahí todavía está esperando. **Entrevista 29, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Si bien la gran mayoría sostiene que el **nivel primario de salud es el que más conocen** y que sienten más cercano dentro de los niveles de atención de salud, muchos reportan gran frustración por el costo y la lentitud de la atención:

Mira acá nosotros pagamos un seguro de salud para que nos digan que tiene fiebre y que le de este medicamento. Y si no le pasa en tantas horas lo vuelve a traer. Pasan estas horas y le vuelven a dar. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Entonces pagas más por salud que por pensión realmente y qué recibes de salud... porque quieres que en el momento que tú llegas que te atienden (...) Y resulta que la mayoría de los medicamentos tienes que comprarlos. **Entrevista 33, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Gran parte de migrantes entrevistados dice percibir **discriminación y malos tratos** por parte de los funcionarios o trabajadores de salud. Hay quienes normalizan esta situación al sostener que es entendible que se le dé prioridad a la población nacional. En otros casos los participantes dicen sentir una fuerte frustración, rabia e incluso ansiedad y depresión al constatar que están siendo agredidos por parte del personal de salud, nada más que por ser extranjeros. Como consecuencia, algunos dicen no estar conformes con la atención de salud del país, en especial la del sector público y de nivel secundario, optando por otras vías para atenderse como por ejemplo, a través de atenciones particulares o bien regresando a sus países de origen para tratar sus problemas de salud.

Un aspecto que destaca en la mirada particular de un informante clave, que releva la problemática de la pobreza como factor determinante frente a los prejuicios, siendo entonces la **discriminación un efecto de la condición de ser pobre**:

O sea para mí es como... Está bien, porque soy inmigrante"... "[Cuando salí del hospital] Me deprimí, me volví como una anciana. Porque tenía todo el peso de mi hija, mi salud mala mía, todo, todo, todo. Y tenía que ayudar al otro lado... fue muy triste para mí. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Prefiero irme a mi país o a particular, pero al hospital no vuelvo más. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Yo haría una distinción que a mi me molesta que no se haga porque se habla que los inmigrantes no tienen buen acceso a la salud, que se les margina... Yo te diría que eso pasa con los pobres, en general, los que viven en un campamento... aquí, los que viven en el campamento son 98 familias, unas 10 chilenas, dos colombianas y lo otro en partes iguales peruanos y bolivianos... no te atienden en el policlínico, te tratan como el hoyo, pero te tratan como el hoyo porque vienes de un campamento! **Entrevista 122, Autoridad Local, Marzo 2016.**

De acuerdo a las autoridades locales entrevistadas, se reconoce que existen ciertos rechazos o **prejuicios por parte de funcionarios de salud** de la comuna hacia inmigrantes, situación que se da principalmente por una falta de entrenamiento a los equipos de salud respecto del tema migratorio. Muchos de los migrantes entrevistados, por su parte, sostienen que quienes más los discriminan y otorgan malos tratos son el personal administrativo de salud:

A veces le niegan la atención al principio creíamos que era puro rechazo, prejuicio, racismo, etc., pero después nos hemos ido dando cuenta de que no pasa por mala voluntad sino por una profunda desinformación. **Entrevista 35, Hombre, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Las funcionarias son... de repente tienes suerte y hay unas niñas que son espectaculares para atender, pero hay algunas que tratan mal a la gente. **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Este tipo de trato parece ser poco frecuente entre equipo médico y profesional.

He visto esa parte ehh como dice discriminación por parte de los paramédicos, personas en la parte administrativa que son a veces que son déspotas. Pero en parte de médicos no. Yo cuando he ido por lo menos no lo he visto, cuando he ido nunca me han discriminado. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Del trabajo de campo emergió el caso de una mujer que tuvo su parto en hospital en Antofagasta y sufrió postergación de la atención, afectando gravemente su salud y la de su hijo. De acuerdo a su relato ella fue ignorada en servicio de urgencias por parte del personal administrativo.

La negligencia fue de la persona que te recibe (...) Ya, usted es multipárapara y tiene mucho niño, tiene que esperar no más. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

El tema de las mujeres [inmigrantes] embarazadas ha sido bien complejo aquí... De hecho ganamos un recurso de amparo para una chica dominicana que no la querían atender (...) Ella migró embarazada por violencia intrafamiliar... un caso súper extremo. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Según las autoridades locales entrevistadas, el cuidado en atención primaria para migrantes en la comuna está siendo desafiada por el proceso de **embarazo y parto**. Ésta situación se complejiza cuando las embarazadas están en situación irregular en el país o cuando desaparecen y los equipos no pueden hacerles seguimiento, ya que con frecuencia los domicilios registrados son falsos. Por otra parte, la derivación de los controles de gestación en atención primaria al hospital también es compleja, ya que estos últimos no cuentan

con los mismos procedimientos de atención a extranjeros que atención primaria. Esto hace que las mujeres, principalmente las que están en situación irregular, tengan sus partos sin el dinero para pagar dicha atención, ésta es cobrada en su totalidad:

Un tema relevante es la **salud de niños inmigrantes**. Esta población es una de las más vulnerables y su salud se ve mermada por diferentes causas. Algunos niños se ven afectados por el clima y la contaminación ambiental de Antofagasta, otros presentan problemas de salud mental por el proceso de adaptación y problemas de desarrollo psicomotor, producto de las condiciones de vida en las que se encuentran sus familias.

Entre las sugerencias que emergen desde la población inmigrante entrevistada para **mejorar su acceso a salud** en Antofagasta aparecen temas relevantes. Destaca la necesidad de mejorar la atención directa, poner fin a la discriminación por parte de algunos funcionarios o trabajadores de salud y la necesidad de informar a la población extranjera respecto a sus deberes y derechos en salud. Otras sugerencias generales están orientadas a **facilitar el proceso de trámite de visa y a aumentar la integración y multiculturalidad** de la comuna como una forma de impactar positivamente la salud de cada uno de los migrantes.

El tema de las mujeres [inmigrantes] embarazadas ha sido bien complejo aquí... De hecho ganamos un recurso de amparo para una chica dominicana que no la querían atender (...) Ella migró embarazada por violencia intrafamiliar... un caso súper extremo. **Entrevista 35, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Lo primordial es la amabilidad y la forma de atender y expresarse de la gente. Yo considero que a la mayoría de los lugares públicos de esta ciudad les falta ética profesional (...) Tomar cursos de ética profesional. **Entrevista 32, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Hay muchas personas que desconocen [sus derechos], hay que informar. **Entrevista 30, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Cuando llegamos el tema de documentación es un tema muy demorado (...) Por experiencia de mi hermana que ya en estos momentos su niño va a cumplir un año y lastimosamente el niño todavía no lo ingresan. **Entrevista 36, Mujer, Migrante colombiana, Diciembre 2014.**

Es importante contrastar las percepciones de inmigrantes con la **voz de los equipos de salud y autoridades locales**. Ellos coinciden en que el perfil de extranjeros de la comuna corresponde principalmente a población joven, en su mayoría mujeres. Las principales causas de consulta en atención primaria están vinculadas a controles de gestación y controles de niños, no así problemas de salud de adultos o de adultos mayores.

Tanto en lo que se refiere al control de gestación, como control de niño sano, los equipos de salud identifican los principales problemas con la población

migrante. Muchas veces pierden a los pacientes por largos periodos de tiempo, sin poder controlarlos. También deben adaptar las estrategias de medicina preventiva de acuerdo a comportamientos de migrantes, por ejemplo, al vacunar a los niños en el país de origen, entre muchas otras **diferencias de enfoque, códigos culturales de crianza y costumbres alimenticias** diversas.

Otros de los problemas que teníamos era un las vacunas, porque las peruanas y las bolivianas viajan mucho a su país entonces... que pasa tú tienes un niño por ejemplo con déficit en el desarrollo psicomotor y lo quieres lo quieres hacer seguimiento, lo quieres ver lo quieres citar y resulta que la mamita viajó a Perú y después volvió o le tocaba la vacuna y viajó y después llega desfasada con la vacuna (...) te afecta el seguimiento, hay mucha inasistencia control de los niños. **Entrevista 23, Director CESFAM, Diciembre 2014.**

Otro problema sanitario en el cuál hay coincidencia con otras comunas y en especial está muy presente en Antofagasta; es que las gestantes **controlan sus embarazos de manera muy tardía**, esta conducta resulta médicamente preocupante, por otra parte en ocasiones los funcionarios o trabajadores se muestran molestos ya que los afecta en el cumplimiento de las metas y estadísticas como CESFAM:

31% de las embarazos extranjeras ingresan tardíamente al control mientras que solo el 16.5 las chilenas presenta ingreso tardío. **Entrevista 23, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Controlan su embarazo de forma tardía, nunca llegan antes de las 14 semanas a pesar de que esta mismas peruanas, colombianas y de todo otro tipo de paciente extranjeras. Hay algunas que van a tener su segundo bebe y uno les enseña que deben venir a sus controles, no. Ellas no hacen caso. Ellas vienen cuando ya tienen 20, 22 y eso es un problema. **Entrevista 25, Grupo Focal Trabajadores de CESFAM, Diciembre 2014.**

Las autoridades y equipos de salud entrevistados sostienen que las mujeres inmigrantes son quienes tienen más hijos en la comuna en la actualidad, superando con creces a la población nacional. Como consecuencia, hay un alto contingente de migrantes embarazadas que están en situación irregular y cuya atención en los controles de gestación repercute económicamente a los centros de atención primaria, ya que no se recibe una asignación per cápita por estas usuarias.

Los equipos de salud identifican **problemas de salud que se vinculan a las malas condiciones de vida** de la población inmigrante: edificaciones de material ligero, mal saneamiento, hacinamiento, entre otros factores, ponen a esta población en una situación de riesgo en salud.

Hacinamiento eee... grave... mala alimentación, eem... condiciones de inseguridad recuerda que en los campamentos se cuelgan a la electricidad, no hay agua potable tampoco hay alcantarillado. Por ejemplo los que logran arrendar una casa con 3 dormitorios viven aproximadamente cinco familias. Una en cada dormitorio una en el living y otra en el comedor las se separan por cortinas no es más separación. **Entrevista 21, Trabajador de CESFAM, Diciembre 2014.**

Hace poco entrevistaron a dos caballeros que estaban trabajando y hace 8 meses que no se metían a una ducha... ducha o sea ellos se lavan con tarro... eso era porque estaban recién llegados... tamos hablando que no hay cosas que a uno le parece de repente naturales abrir la llave meterse a la ducha en la mañana no, no es para ellos. Entonces realmente hay un abismo en cómo viven ellos respecto a la población chilena. **Entrevista 23, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Los equipos de salud deben enfrentar además **problemas de salud vinculados a las precarias condiciones laborales** por parte de la población inmigrante de la comuna, lo que los hace más proclives a accidentes laborales. Como muchos no tienen contrato acuden a los CESFAM personas que en condiciones normales deberían llegar a las mutuales de seguridad, especializadas en atender ese tipo de patologías.

A los pocos días después nos llegó un peruano en el mismo horario el mismo tipo de accidente ese se había volado la nariz acá" ... "la nariz lo mismo o sea... decirle bueno y la mutual y esto al final que pasó con esos pacientes el medico tuvo que suturarlo, atenderlo se le dieron todas las primeras atenciones y no querían que los mandáramos a hospital nada. **Entrevista 23, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Hay muchas mujeres que por ejemplo están trabajando y un problema importante que hay acá, a ellas algunas les imponen cierto la AFP modelo cuando recién empiezan a trabajar, pero cuando tú vas a dar el pre natal ahí hay un vacío en la parte de Fonasa, no tienen derecho a pre natal, no tienen derecho a la licencia (...) o sea a ellos igual le cotizan pero como todavía no les ha llegado el RUT formal no tienen derecho a la licencia. **Entrevista 23, Director CESFAM, Diciembre 2014.**

La mayoría de los equipos de salud sostiene que existe una **tensión entre la población nacional y la extranjera** ya que la primera considera que los inmigrantes están recibiendo una serie de beneficios que ellos no obtienen. Esta molestia también procede (en parte) de los propios funcionarios o trabajadores del centro de salud.

No a todo el mundo le gusta mucho o sea porque tú sabes que de alguna manera hay extranjeros que no están cotizando y que no que no están inscritos mientras no tienen documento no están inscritos a un per cápita... Entonces igual la gente reclama porque dice bueno tenemos que estar solventando algo que ni siquiera nos llega per cápita. **Entrevista 23, Director CESFAM, Diciembre 2014.**

Los equipos de salud entrevistados perciben un elevado nivel de demanda y de empoderamiento que tiene la población extranjera respecto a sus derechos en salud, los cuales serían mayores que los observados en la población nacional. De acuerdo a los equipos de salud esto varía según el país de origen, señalan que los **colombianos son el grupo identificado como el más demandante** y, a la vez, más informado.

Por otra parte y pese a la voluntad de muchos funcionarios, se hace difícil atender a la población migrante irregular por no estar establecidos claramente los protocolos administrativos que permitan ingresar a los pacientes que llegan sin número de RUT. Se reciben normativas, pero no se entregan las instrucciones para cumplirlas.

Autoridades y equipos de salud reconocen la necesidad de sensibilizar a los funcionarios o trabajadores de salud en torno a la cultura de origen de la población extranjera. Asimismo, generar programas de capacitación en estrategias de atención en salud intercultural con el objetivo de poder responder a las necesidades de salud de manera adecuada.

El acceso a la salud... a veces no saben cómo llegar, como ingresar al CESFAM... Eehh bueno, tengo entendido que la semana pasada, se agregó en las políticas del inmigrante lo que es FONASA y la entrega de prestaciones en sistemas públicos. Ahora ingresando... incluso sin tener algún provisorio, ni un contrato se da atención en la salud de los inmigrantes (...). Entonces eeh... nuestra ley nos indicaba menores de edad, embarazadas. **Entrevista 22, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

El colombiano es demandante y exige y muchas veces te dice en mi país no es así este sistema no me sirve, ósea son son bien demandantes, demandan atención dental, demandan atención oftalmológica no es una población que no se acerca al CESFAM. **Entrevista 23, Director CESFAM, Diciembre 2014.**

Generar estrategias de orientación, apoyo e investigación en salud en torno a esta población aparece como una necesidad urgente en la comuna, lo que va a permitir generar políticas adecuadas y dirigidas.

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

L, peruana, tiene 48 años y vive desde hace 9 años en Antofagasta.

Hace 5 años L tuvo en Chile a su cuarto hijo, de mismo padre que los hijos anteriores. Esta experiencia la marcó profundamente: ella consultó por dolor abdominal repentino y abundante sangramiento en el Hospital de Antofagasta. L recuerda los fuertes dolores, la larga espera y el mal trato de parte de quien la recibió en el hospital.

Pese a que su cuarto hijo logró sobrevivir, L reporta vivir con mucho miedo hasta el día de hoy. La razón de su miedo está en el riesgo de que su hija haya quedado con secuelas neurológicas producto esta complicación obstétrica. Hoy su hija crece fuerte y sana y entrará a un colegio de Antofagasta el 2015.

H tiene 28 años, colombiano, vive hace 4 años en Chile.

H relata que a los de origen afroamericano les cobran más caro por su color de piel oscura en la frontera. Finalmente cruzó a Chile una noche por uno de los "huecos" fronterizos: la playa. Decidió llegar a Antofagasta porque había escuchado que había más colombianos en esa ciudad.

Al llegar, durmió varias noches en la plaza de Antofagasta; en el día entraba a peluquerías del centro y pedía trabajo. Encontró trabajo de barrender en una de estas y de a poco aprendió a cortar el pelo. Hoy trabaja de manera informal como peluquero y arrienda una pieza solo.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<p>Información</p> <p>Capacitación y sensibilización</p> <p>Flujo de información y coordinación entre niveles</p> <p>Registro y monitoreo de la población inmigrante</p> <p>Participación</p>	<p>Informar a los equipos de salud respecto a las normativas en salud vigentes para población migrante.</p> <p>Generar instancias de capacitación para los equipos de salud tanto a nivel primario, como secundario y terciario, en temáticas de salud y migración, necesidades en salud de población extranjera, así como buen trato, incorporando un enfoque de pertinencia cultural.</p> <p>Facilitar el trabajo intrasectorial en materia de salud de población inmigrante entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria.</p> <p>Establecer mecanismos efectivos de registro y monitoreo de la población inmigrante en el sistema de salud, tanto si poseen como si no poseen RUT. Compartir dichos registros y monitoreos entre los distintos niveles de atención en salud. Dimensiones a incorporar: incluir status migratorio y nacionalidad en todos los registros clínicos (pertinencia cultural: indicadores: status migratorio, pertenencia étnica y género).</p> <p>Generar información desagregada para migrantes para evaluar problemas de salud específicos así como detectar necesidades concretas de la población inmigrante de la comuna. Diagnósticos permanentes de salud. Diagnósticos cuantitativos y cualitativos que incorporen la voz de los inmigrantes.</p> <p>Generar instancias de participación en salud con población inmigrante: mesas de trabajo, consejos consultivos, ente otros, con el fin de conocer, desde sus propias voces, sus necesidades y expectativas respecto al sistema de salud.</p> <p>Incorporar la perspectiva de género y étnica en la atención de salud a inmigrantes, especificando las necesidades en salud de hombres y mujeres así como de acuerdo a la etnia para con ello, estableciendo acciones en salud diferenciadas.</p>
Comunidad	<p>Participación comunitaria</p> <p>Generar canales de información hacia la comunidad inmigrante</p> <p>Resolver el choque cultural, especialmente en lo que respecta a la población colombiana</p> <p>Mitigar la pobreza</p> <p>Mitigar el hacinamiento y malas condiciones de vida de los inmigrantes</p> <p>Mitigar los efectos de los desastres naturales y no naturales, por ejemplo, los incendios.</p> <p>Mitigar los estigmas y prejuicios que recaen sobre población inmigrante, por ejemplo, de droga y prostitución.</p> <p>Mitigar la violencia</p> <p>Mitigar las malas condiciones de vida en los campamentos</p> <p>Identificar a los grupos de inmigrantes organizados</p>	<p>Generar instancias de participación comunitaria que incorpore a la comunidad en su conjunto, facilitando espacios de encuentro y diálogo que permitan a las diversas poblaciones conocerse y, de esa manera, establecer vínculos que aminoren las tensiones y la discriminación. Ejemplo de esto es que existen ferias multiculturales pero al parecer son solo para inmigrantes, no se incorporan chilenos, lo que segrega a la población.</p> <p>Informar a la comunidad migrante respecto a las normativas y leyes de extranjería vigentes a través de las juntas vecinas, ONGs, salud, colegios, etc.</p> <p>Generar instancias de capacitación para población inmigrante desde los espacios comunitarios incorporando una perspectiva de género.</p> <p>Generar instancias participativas con el fin de buscar soluciones efectivas a las malas condiciones de vida que existen en los campamentos.</p> <p>Generar instancias participativas para abordar los conflictos existentes entre comunidades migrantes.</p>

Programas y Políticas Públicas	<p>Generar programas específicos de acceso a salud para inmigrantes</p> <p>Generar debate en torno a las necesidades de salud específicas de la población inmigrante</p> <p>Abordar la situación de salud de inmigrantes en situación irregular</p> <p>Generar programas y políticas de protección laboral para inmigrantes</p> <p>Estudios específicos y locales de la población inmigrante de la comuna</p>	<p>Generar políticas públicas en salud específicas para población migrante local.</p> <p>Instalar programas de salud de inmigrantes en todos los niveles de salud y en todos los sectores. De este modo, cada centro de atención primaria debiera contar con un programa específico de acceso a salud para el migrante alineado con la política de salud nacional.</p> <p>Debatir en torno a necesidades de salud específicas que la población inmigrante que se pueda sumar a los esfuerzos institucionales en esta materia.</p> <p>Facilitar la atención de salud de migrantes en situación irregular tanto en atención primaria como secundaria y terciaria.</p> <p>Generar programas de trabajo y vivienda específicos para población migrante con el fin de mejorar las condiciones de vida y laborales de esta población.</p> <p>Programas de protección a los que trabajan irregularmente.</p> <p>Potenciar el trabajo intersectorial organizado en materia de población migrante entre sectores como salud, educación, vivienda, trabajo, desarrollo social.</p> <p>Potenciar el rol municipal para la operacionalización de normativas en materia de migración desde el nivel central.</p> <p>Establecer líneas de trabajo conjunto para abordar a la población migrante con diversos programas de salud, entre ellos salud de la mujer, PESPI.</p> <p>Generar fondos específicos para estudios de la población migrante de la comuna, que den cuenta de las necesidades concretas de esta población y su impacto en salud.</p>
Investigación	<p>Colaboración entre instituciones en materia de investigación</p> <p>Conocer los vacíos de conocimientos respecto a la población inmigrante de la comuna</p>	<p>Generar líneas colaborativas de investigación entre instituciones que realizan investigación en esta materia</p> <p>Indagar en los vacíos de conocimiento que existen respecto a la salud de la población inmigrante de la comuna para con ello generar un mapa local con el cual buscar soluciones. Dejar preguntas abiertas para lo local.</p>

8. Referencias

1. Gobierno Regional Región de Antofagasta. CENSO 2012. 2012.
2. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Reportes Comunales. 2013.
3. Ilustre Municipalidad de Antofagasta. Municipalidad de Antofagasta. 2016.
4. Pública MdlyS. 2016.
5. Departamento de Información y Estadística en Salud D. Indicadores 2015. Available from: <http://www.deis.cl/>
6. Observatorio Social. Reporte Comunal: Antofagasta. Región de Antofagasta. 2016.

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Antofagasta Total: 29	Información Sociodemográfica
Autoridades de Salud o Locales 5 (5 entrevistas individuales)	Sexo: 2 mujeres, 3 hombres Rango de Edad: 28-64, Promedio: 45,40 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario 9 (1 grupo focal, 9 participantes)	Sexo: 8 mujeres y 1 hombre Rango de Edad: 27-53, Promedio: 34,00 años
Migrantes, Total: 15 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 5 participantes)	Sexo: 9 mujeres, 6 hombres Rango de Edad: 19-52, Promedio: 34,13 años Nacionalidad: 13 colombianos y 2 peruanos Años viviendo en Chile: 1-9, Promedio: 4,53 años

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)
Centro de Salud Urbano Antonio Rendic (Ex Cautín)
Centro de Salud Urbano Corvallis
Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta
Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta
Centro de Salud Urbano Central Oriente de Antofagasta
Centro de Salud Mental Comunitaria Sur de Antofagasta
Servicio de Atención Primaria de Urgencia Juan Pablo II
Servicio de Atención Primaria de Urgencia Norte

10. Acerca de los autores

Alexandra Obach, PhD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile; Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; Diploma en Estudios Avanzados, Universidad de Barcelona; PhD Antropología Social y Cultural, Universidad de Barcelona. Docente Investigador Universidad del Desarrollo Chile.
Email: aobach@udd.cl

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH y miembro red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.
Email: bcabieses@udd.cl

Macarena Chepo, MSc (c)

Enfermera, Post título Salud Familiar y Comunitaria, MSc(c) en Salud Pública de la Universidad de Chile. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carrera Enfermería. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: migración y salud, automanejo de enfermedades crónicas.
Email: mchepo@udd.cl

Ana M McIntyre, MSc

Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.
Email: ammcintyre@udd.cl



Capítulo 17

Estudio de Caso: Comuna de Calama

Margarita Bernales, PhD

Docente Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Ana M McIntyre, MSc

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Moisés Morales, BSc

Matrón, CESFAM Alemania, Calama.

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna Calama?

- Calama es una comuna atractiva para la creciente población migrante, cercana a la frontera, percibida como una oportunidad laboral y de altos ingresos.
- La distribución de recursos económicos de la comuna es bastante desigual, existiendo un grupo muy favorecido ligado a la minería y un grupo que presenta bastantes necesidades económicas.
- Entre los principales desafíos de la comuna se encuentra el fortalecer la oferta de servicios públicos a la comunidad, dado el alza en su población comunal.

b) ¿Cómo viven los migrantes en Calama?

- La situación de vida de las comunidades migrantes está marcada por el hacinamiento y el escaso acceso a condiciones de salubridad.
- Existe un retraso en la regularización de la situación migratoria, por diversos factores. Esta situación sólo contribuye a empeorar las condiciones de vida, sanitarias, educacionales y laborales.
- Entre las barreras observadas para obtener la residencia están la complejidad y lentitud de los trámites y en ocasiones la cercanía con la frontera actúa retardando la regularización de documentos migratorios, manteniéndose en situación de tránsito.
- Uno de los mayores desafíos para la comunidad migrante es el acceso a contratos de arriendo justos, regulados por autoridades locales. Actualmente el acceso es limitado y no cuentan con ninguna protección en caso de abuso por parte de sus arrendatarios.
- La discriminación está presente, principalmente percibida desde personas que trabajan en instituciones y en menor medida desde ciudadanos o vecinos. Se percibe mayor discriminación hacia migrantes de países no fronterizos, se mencionan los de origen colombiano.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Agilización de trámites migratorios desde Extranjería y todas las instituciones que tienen relación con el Migrante (Salud, Educacionales, ONGs)
- Dar mejor información a migrantes para acceder a regularización de permanencia definitiva en Chile y los derechos y beneficios que se pueden obtener en salud, educación y trabajo.
- Integración entre las distintas comunidades que habitan la comuna, poniendo especial énfasis en evitar la discriminación.
- Mejora en oferta de servicios a la comunidad.

d) **Palabras clave:** Calama, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud.

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Calama se encuentra ubicada en la región de Antofagasta en la provincia de El Loa. La altitud es de 2.250 msnm y comprende un área de superficie de 15.597 km². Su población total es de 138.722 habitantes, de ellos 69.175 hombres y 69.547 mujeres. Tiene un índice de masculinidad de 99,47 (1). Su densidad poblacional es de 8,9 hab/km² (2). La población de 15 años o más que trabaja es de 58.822 habitantes y que estudia es 12.574 habitantes.

La principal actividad económica es la minería, por eso es conocida como la “Capital minera de Chile”. Los yacimientos más importantes son: Chuquicamata, Radomiro Tomic, Mina Ministro Hales y Minera Gabriela Mistral, todas de propiedad de Codelco. Además de la minería, el comercio y el sector financiero tienen gran relevancia en los servicios de la comuna. Actualmente se está trabajando en un plan para consolidar al turismo como la actividad económica más importante de la comuna después de la minería (2).

Según las autoridades locales, Calama es una comuna fuertemente marcada por la vida minera, teniendo una población flotante y de recambio constante. Esta es principalmente nacional pero también hay numerosos extranjeros.

Tenemos que considerar la población flotante que por lo menos hace dos años estaba estimada en una 20mil personas, lo que conforma los campamentos mineros y la población extranjera ...Ya?... Bueno la principal fuente de trabajo acá sin duda es la minería, verdad tenemos hartos yacimientos mineros, Chuquicamata, El Abra, Esperanza, un montón de minas y la gente que viene a trabajar acá... **Entrevista 48, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Debido al aumento demográfico que ha sufrido Calama la Municipalidad se plantea como principal proyecto transformar la comuna haciendo más lugares de encuentro, junto con modernizar el territorio.

Entre estos planes se encuentran el mejoramiento de la Avenida Balmaceda, la reposición del CESFAM Central y la construcción del nuevo Estadio Municipal entre otros. La visión de la comuna es “llegar a ser una comuna con visión de ciudad” y la misión “generar las condiciones para un desarrollo integral sustentable en lo económico, social, cultural, turístico, medio ambiente, educativo y de salud, participando todos los actores de la comuna” (2).

Calama solía ser un tambo, un lugar de paso en el Camino del Inca entre Potosí y Cobija. En sus inicios era un sector pobre y de escasa población hasta que se convirtió en el centro administrativo más importante del área. En 1879 fue ocupado por tropas chilenas posterior a la primera batalla contra las huestes bolivianas en la Guerra del Pacífico. Siendo ya territorio chileno, llegó el ferrocarril en 1886 para luego conformarse la Municipalidad de Calama en 1888. En 1911 comienza la instalación de la mina Chuquicamata. Su nombre, Calama, proviene de la palabra Kunza “Ckara-ama”, que significa “ciudad en el medio del agua” o “Ciudad entre las aguas”, apoyándose en el hecho de que Calama surgió envuelta por el río Loa (al sur y este) y la vega y los pantanos del sector occidental (2).

La figura 1 muestra valores absolutos de la población total que reside en las manzanas censales de cada comuna. La figura 2 describe en valores absolutos la población migrante internacional que residía en esta comuna para el año 2002

Figura 1.

Mapa general de la comuna de Calama, descripción espacial de su población total según datos censales 2002.

Población total de Calama por manzana censal

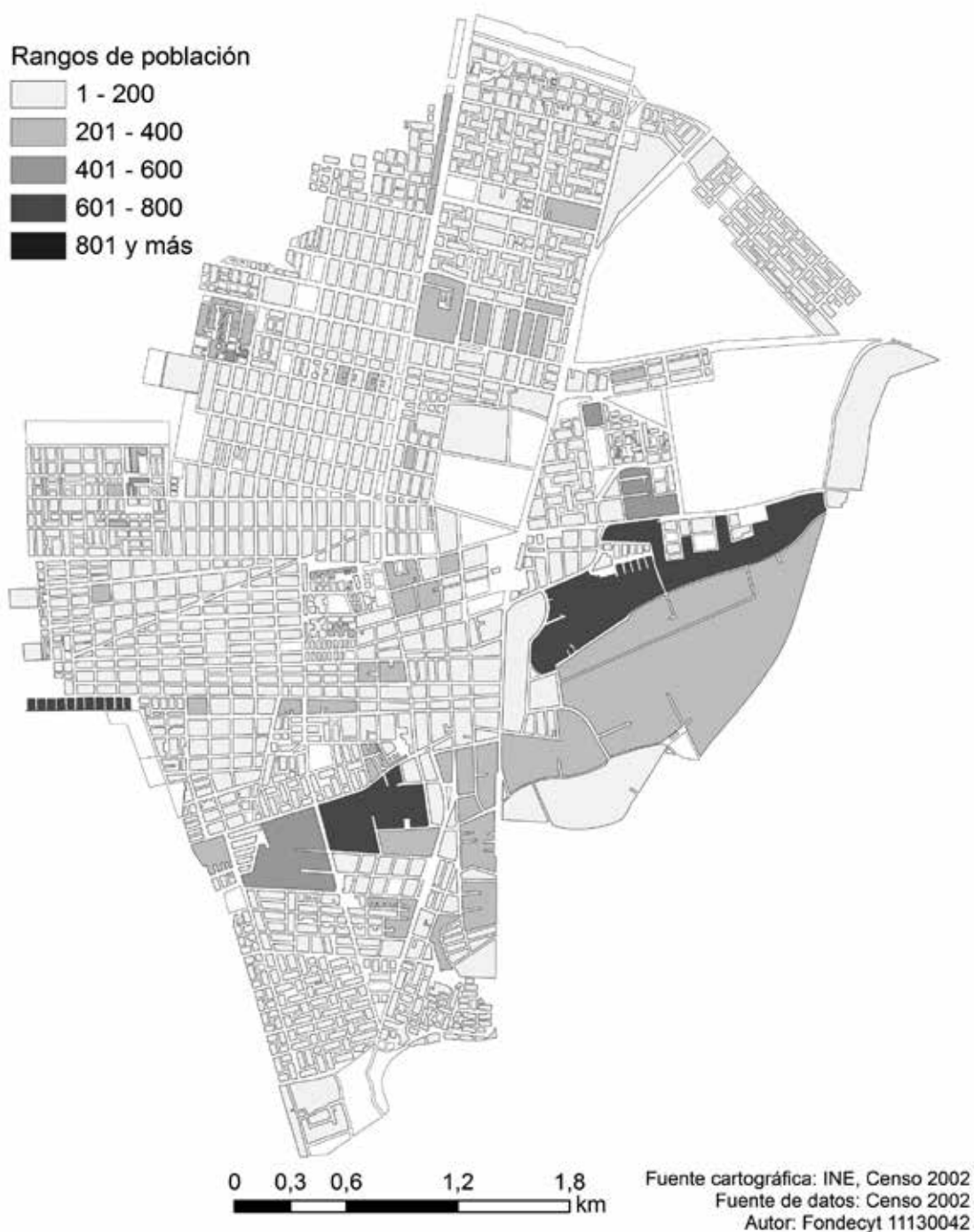


Figura 2.

Mapa general de la comuna de Calama, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002.

Población inmigrante en Calama por manzana censal



2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

Es difícil poder cuantificar la cantidad de migrantes reales que existen hoy en el territorio nacional debido a que no todos ellos han ingresado al país de manera regular, situación que se repite en Calama. De acuerdo a las cifras entregadas por el Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, para el año 2014 la población migrante de la comuna de Calama que solicitaban visa, alcanzaban un total de 5635 personas, incluyendo requerimientos para visa temporaria (80,86%), estudiante (0,17%) y sujeta a contrato (18,95%). Respecto al país de origen, en su mayoría provienen desde Bolivia (73,23%), en 2do lugar Colombia (14,2%), en 3er lugar Perú (8,64%), 4to lugar Argentina (0,97%) y 5to lugar Ecuador (0,65%). Respecto a su distribución por sexo, 55,4% son de sexo femenino y un 44,6% del sexo masculino (3).

Según autoridades entrevistadas, la migración boliviana (principalmente) es parte de la población históricamente estable dentro de la ciudad, prácticamente no se perciben como extranjeros. En los últimos años han aparecido inmigraciones nuevas que son las que hacen percibir el fenómeno migratorio de manera más presente a la población local,

Hay una pequeña diferencia con los inmigrantes porque Calama... siempre ha habido inmigrantes sobre todo de Bolivia y Perú, es algo desde siempre, entonces con ese tipo de inmigrantes no tenemos muchos problemas porque ellos siempre han estado... tienen su casa, su previsión, su trabajo, entonces no está ese problema de inmigrante, uno lo ve como un patriota más en esta zona entonces ese no es el problema... Son los nuevos inmigrantes que están llegando con el sistema de irregulares, que ingresan al país con cierta visa, trabajan de forma irregular, o sea todo lo hacen irregularmente, entonces ahí como que se enfatiza el problema... Uuuy!! Un montón, hartó, porque como les comentaba el peruano y el boliviano es como parte de la idiosincrasia de la zona norte, pero el colombiano no, entonces hasta el carácter el destino, un paciente que viene de Perú generalmente es más tranquilo, ellos entienden que no hay cupo, entienden la situación. El colombiano no: es como más exigente, más requirente entonces generalmente muchos reclamos son de paciente colombianos que ni si quiera están inscritos entonces eso produce como roces de repente pero claro, se da esa situación. **Entrevista 50, Director de CESFAM, Diciembre 2014**

En relación a la distribución por edad, para la fecha de solicitud de Visa, en su mayoría pertenecían al tramo de 21 a 30 años (40,95%), en segundo lugar 31 a 59 años (35,47%), en tercer lugar está ocupado por las edades entre 11 a 20 años (13%), 4to y 5to lugar lo ocupan los menores de 5 años y de 5 a 10 años (3,62% y 5,44% respectivamente). Finalmente de 60 años y más solamente un 0,51% (3). Entre las principales ocupaciones, un 77,3% declaró ser empleado o empleado doméstico, 13,8 % estudiantes, 1,65% obrero o jornalero, 1,93 % señaló ser dueña de casa, 3,94% inactivos, y un 0,12% no informó su ocupación (3).

364

Los migrantes que solicitaron permanencia definitiva para el 2014, fueron un total de 2349 personas, en su mayoría fueron del sexo femenino (57,47 y principalmente provienen de Bolivia (75,73%), seguido de Perú (10,17%). Predominantemente comprendían las edades entre 21 y 59 años (81,77%), con ocupación de empleado doméstico (77,01%) y en su mayoría con nivel educacional medio (58,32%) (3).

La comuna de Calama ha realizado distintos esfuerzos para aumentar la integración de migrantes internacionales. Entre ellas destacan por ejemplo las jornadas informativas para inmigrantes, que representan un espacio donde los inmigrantes podían comentar sus dudas a distintas entidades gubernamentales.

Se instalaron además mesas de consulta en espacios del Departamento de Extranjería, Policía de Investigaciones (PDI), Chile Atiende (ex Instituto de Previsión Social, IPS) y el Registro Civil, servicios fundamentales al momento de otorgar los documentos de permanencia de extranjeros en Chile. Se dejó en claro que sólo sería una instancia informativa, no se realizarían trámites de ningún tipo. Las consultas más frecuentes por parte de los extranjeros fueron cómo hacer prorrogas, los pasos para el permiso de trabajo, los beneficios a los que pueden acceder y los riesgos de estar ilegales en nuestro país (2).

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

La ciudad de Calama se ha visto enfrentada a múltiples desafíos sociales y políticos durante los últimos años, principalmente asociados al anhelo de constituirse como ciudad y dejar de ser un campamento provisorio. Uno de los eventos que más impactaron en este sentido es el traslado del campamento de Chuquicamata (12.000 habitantes aproximadamente) en menos de 5 años a la ciudad (2).

El mayor problema social es que la **infraestructura de espacios públicos y áreas verdes** en la comuna es acotada. La municipalidad respondió teniendo como principales proyectos varias estructuras, algunas de ellas son: Estadio Municipal, CESFAM Central, Mejoramiento de Avenida Balmaceda, Parque Periurbano y Centro Intercultural. La generación de estos proyectos ha requerido aportes económicos importantes (2).

Otro de los mayores problemas de la ciudad de Calama es la **contaminación ambiental**, presentándose como una de las ciudades con mayor cantidad de emisión de contaminantes atmosféricos en Chile provenientes de fuentes móviles en ruta, como lo son las MP2,5 (Material Particulado menor a 2,5 micrones), SOx (Óxidos de Azufre) y CO (Monóxido de Carbono), entre otros (2).

En relación al suministro de agua el 90% de los **recursos hídricos** provienen de dos cuencas, la del Salar de Atacama y la del Río Loa. Este último, el Río Loa, corre a la altura de la ciudad por lo que hay riesgo de inundación debido a sus crecidas (cada 100 años). La población dentro de la región ha aumentado su consumo de agua. La empresa que provee el agua potable es Aguas Antofagasta la cual tuvo 652 reclamos el año 2013 (2).

En relación a **vivienda**, un 99% de las viviendas cuentan con agua potable mediante red pública, noria, río o vertiente. El 98% (30.547) de las viviendas cuentan con servicio higiénico conectado a red de alcantarillado. Así mismo, un 98% de las viviendas poseen energía eléctrica proveniente de red pública. Finalmente, un 81% de las viviendas están compuestas por paneles, hormigón, piedra, ladrillo, o bloques prefabricados; 18% de madera, adobe o tabique forrado. En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013 (4), en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio es mayor que el porcentaje de hogares en esta situación en la región y el país. Las viviendas con hacinamiento crítico en la comuna representan la misma proporción a la registrada en la región, pero supera al promedio país. En términos de las condiciones de saneamiento de las viviendas, la comuna presenta un mayor porcentaje de hogares con saneamiento deficitario que el promedio regional y nacional (4).

Entre las principales **temáticas psicosociales** que afectan a la comuna se destacan los siguientes fenómenos: (i) inequidad en la distribución de recursos, (ii) equipamiento limitado de la ciudad en relación a una población en constante crecimiento, y (iii) problemas sociales tales como violencia doméstica y consumo de drogas.

La inequidad en la distribución de recursos es un problema complejo en Calama. La importante presencia de empresas mineras aumenta en gran medida el per cápita salarial de la comuna, sin embargo, la diferencia de sueldos es significativa entre aquellos que pertenecen al rubro minero y quienes no forman parte de él, distorsionando la cifra del promedio de ingresos de los habitantes. Esta situación afecta a la comunidad en general, ya que Calama puede ser vista en ocasiones como una comuna favorecida en términos de recursos materiales, los cuales no necesariamente están distribuidos de manera homogénea en todos sus habitantes. El año 2011 se estimó que el 6,5% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, tasa que en promedio no difiere significativamente, desde un punto de vista estadístico, de la registrada a nivel regional (7,5%) (4).

El aumento sostenido de la población en Calama, proveniente del sector minero y de la población extranjera que llega a la ciudad, desafían la infraestructura y los servicios públicos locales, lo cual tiene al menos dos importantes consecuencias: necesidad urgente de mejorar la oferta en salud, educación y vivienda; y necesidad de generar estrategias de inclusión comunitaria entre los habitantes de tal forma de generar ambientes de convivencia saludables.

La inequidad en la distribución de recursos y el aumento en la población de Calama, generan situaciones sociales y económicas complejas que desembocan en **problemas sociales y de salud** pública como violencia y consumo de sustancias. En relación a violencia, el año 2013 hubo 883 denunciados y 646 aprehendidos. El mayor número de denuncias es por "Contra Leyes Especiales", en esta categoría se encuentra por ejemplo la portación de drogas, ebriedad y el consumo de bebidas alcohólicas en vía pública. En lo que respecta a las condiciones del entorno, tanto la tasa de casos de delitos de mayor connotación social (año 2012) como la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar son mayores en la comuna que en el promedio de la región y el país (4).

Respecto a los hallazgos obtenidos a través de entrevistas de autoridades comunales realizadas en el Proyecto FONDECYT, se refuerzan los fenómenos expuestos previamente, focalizándose en las situaciones que afectan principalmente a la comunidad inmigrante. Ellos refieren que los migrantes suelen vivir hacinados y en condiciones que conllevan riesgo sanitario; se menciona falta de agua potable, deficiente disposición de excretas, convivencia intradomiliar con vectores y construcciones ligeras.

Y las condiciones de higiene son paupérrimas, o sea... muy bajas. Aquí en este sector las casas son muy grandes y los terrenos, entonces en los terrenos se hacen piezas, dentro de las piezas se dividen, comparten baño, entonces igual eso trae consigo problemas en la salud... **Entrevista 53, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

En muchas [casas] no hay agua potable, de hecho tienen un sistema como de pozo negro o de letrina y ahí son cientos de personas las que ocupan esos baños...entonces, las condiciones en realidad... **Entrevista 53, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Las **condiciones materiales** en las que viven los migrantes más allá de su origen o nacionalidad son un factor de riesgo para accidentes domésticos, enfermedades infectocontagiosas y aquellas enfermedades que se adquieren a través de hábitos de vida poco saludables. La falta de adecuada instrucción e información en términos de salud o de recursos materiales para llevar a cabo prácticas saludables muchas veces representan una barrera para alcanzar el bienestar de las comunidades migrantes.

Entre los problemas psicosociales que afectan la salud, se menciona el **exceso de trabajo y falta de regularización de trámites migratorios**, ésta situación perjudica la atención de salud e incluso afecta el sistema ya que aminora los recursos para darles atención.

En definitiva se van empobreciendo ya y por lo general es población que vive en los sectores marginales en donde obviamente hay mayor riesgo... No se poh... de consumo de drogas, de alcohol, no sé si baja escolaridad, pero sí una diferencia cultural, ya entonces igual nos dificulta a lo mejor poder proporcionarles mayor información que accedan a mayor cantidad de beneficios o servicios o puedan tener la posibilidad de regularizar su documentación y permanecer en el país. **Entrevista 48, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Al consultar la opinión de la misma autoridad, en relación a problemas psicosociales refiere:

Culturalmente para ellos a lo mejor es más aceptable el tema de no sé el consumo de alcohol, ya ellos no se la población colombiana, ellos habitualmente están como de fiesta, no sé (risas), entonces obviamente eso va asociado al consumo de alcohol, en cuanto a drogas no sabría decirlo así como a ciencia cierta si es una característica de ellos... **Entrevista 48, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Bueno el tema de la drogadicción es que primero las adolescentes se embarazan, por el tema de la drogadicción sin control tenemos embarazos de alto riesgo por embarazadas con consumo, generalmente las mismas mujeres que son consumidoras también experimentan la violencia intrafamiliar y es como eso, en realidad se da mucho el tema de la drogadicción. **Entrevista 50, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

De acuerdo a estos hallazgos, es posible establecer que muchos de los fenómenos asociados a la vulnerabilidad que experimenta la población migrante, estarían relacionados a las condiciones materiales en las que viven, la escasez de recursos y en ocasiones la falta de información en cuanto a los apoyos sociales disponibles en la comuna.

3.1. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

En la Figura 3 se presenta la distribución de vulnerabilidad social en población total comunal por manzana censal. La Figura 4 presenta la misma información pero solo para migrantes internacionales.

El mapa de la Figura 3 de Distribución de vulnerabilidad en Calama 2002 muestra una distribución espacial heterogénea de la vulnerabilidad en la población total. En términos comparativos, considerando las otras comunas analizadas del norte de Chile, es la comuna con mayor cantidad de manzanas que presentan alto rango de vulnerabilidad, alcanzando en varias de ellas el intervalo de mayor vulnerabilidad definido para este estudio. En términos espaciales, la vulnerabilidad de la población total se presenta de forma heterogénea en su distribución espacial, con algunas zonas que tienen vulnerabilidad mínima, que corresponden a algunas manzanas del centro y del noroeste.

Respecto a la vulnerabilidad en migrantes (Figura 4), aparecen manzanas con rangos máximos de vulnerabilidad: 1, sin embargo con una distribución más concentrada dentro de la ciudad, apreciándose en la parte centro-este de la misma y con menores rangos de vulnerabilidad hacia el oeste.

A partir de estos mapas, se puede proponer que Calama muestra una distribución espacial heterogénea de la vulnerabilidad de su población total. Sin embargo, se aprecia una concentración de rangos de vulnerabilidad alta en general, a diferencia de las otras comunas del norte, en donde la vulnerabilidad de intervalos más altos aparece en algunas manzanas específicas. Respecto al patrón espacial de vulnerabilidad en migrantes, este aparece más concentrado territorialmente, sobre todo en las manzanas con mayor nivel de vulnerabilidad.

Figura 3.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Calama respecto de su población total, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad en Calama 2002

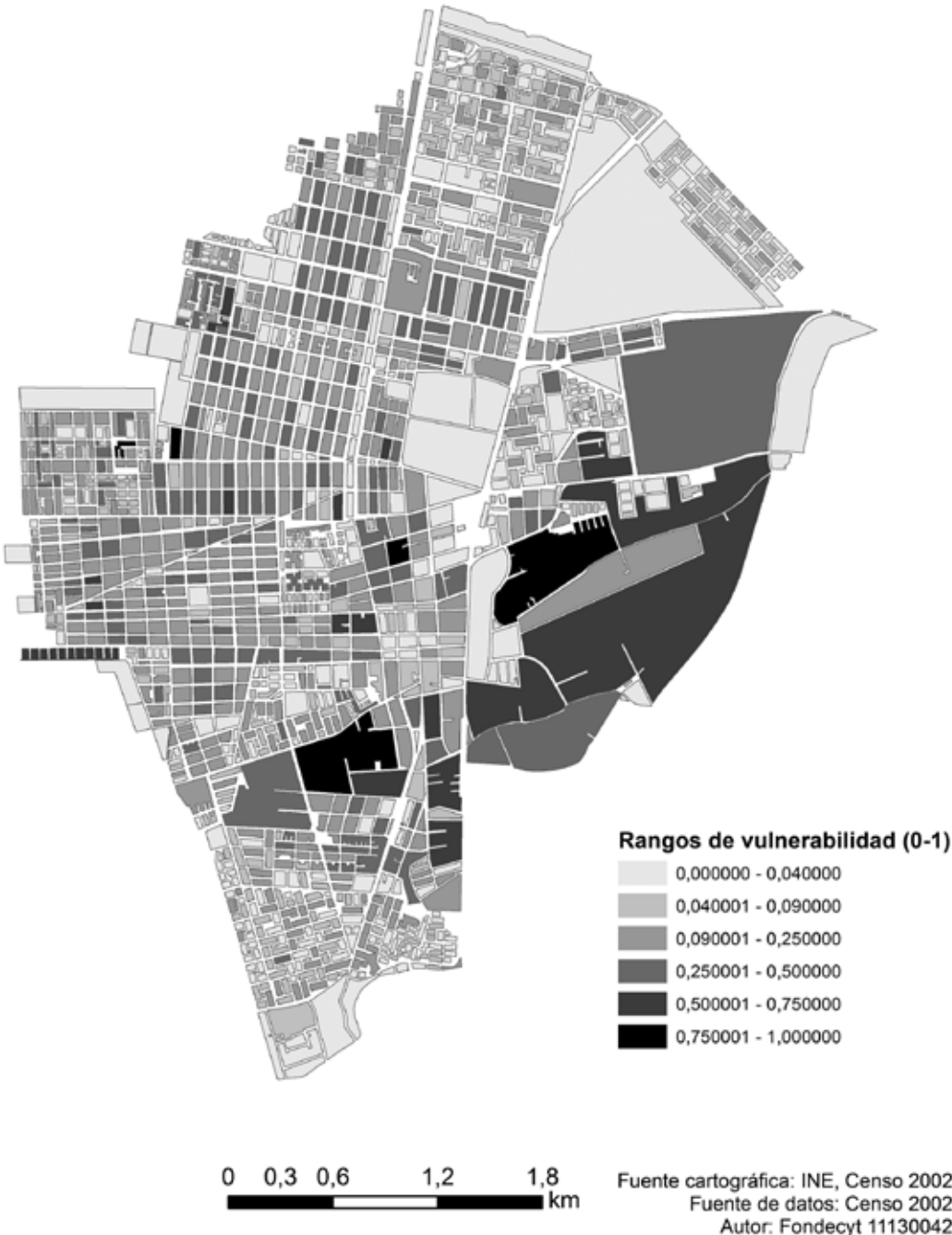
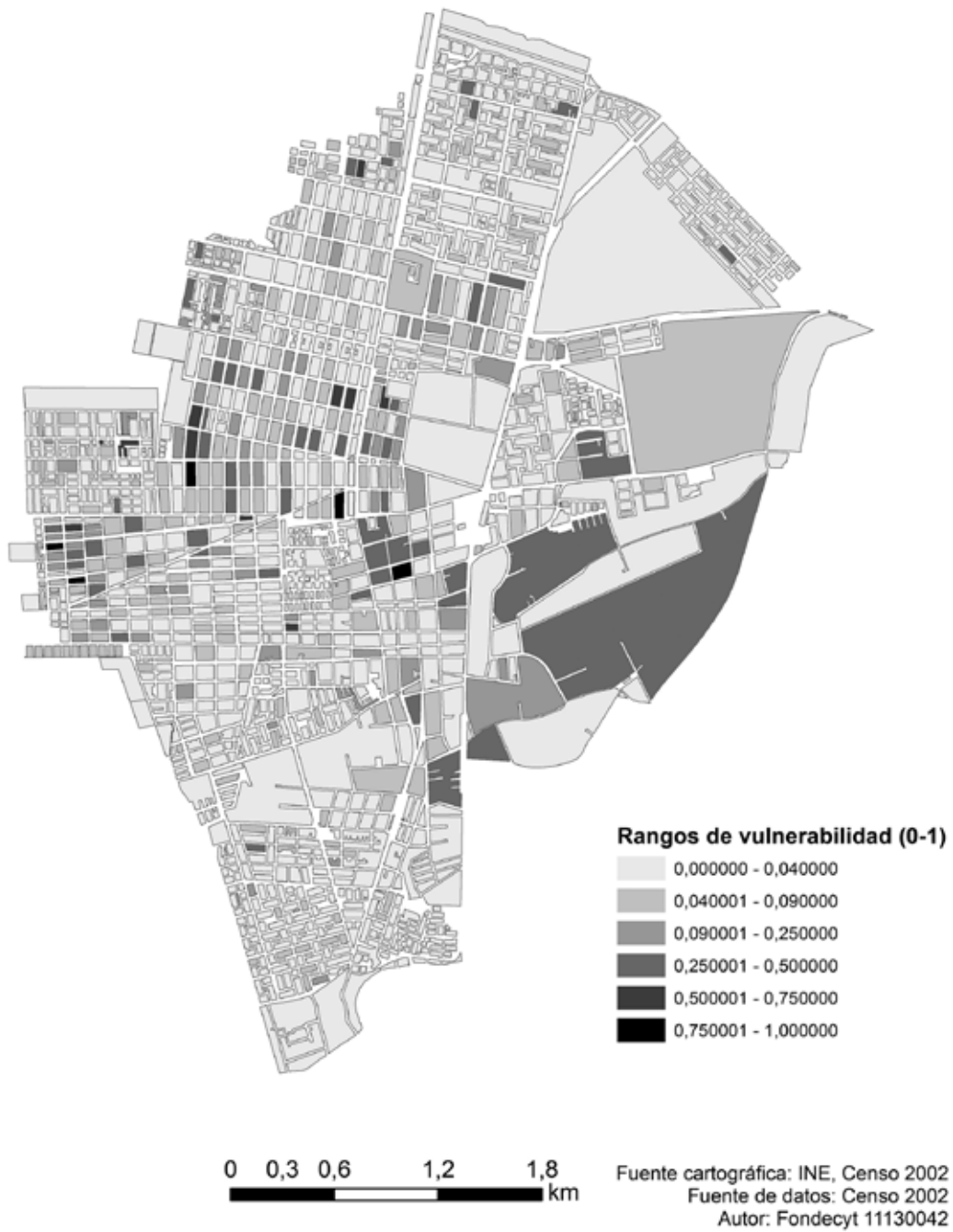


Figura 4.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Calama respecto de su población migrante internacional, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad de inmigrantes en Calama 2002



4. La salud de la comuna

4.1. Descripción general de la salud de la comuna

Calama está inserta en la Red de Salud de Antofagasta. De acuerdo al Departamento de Información y Estadística en Salud, a nivel regional los oficiales y operarios de la metalurgia, la construcción mecánica y afines son los que sufren mayor cantidad de defunciones laborales (5). Las mayores causas de muertes en la región son las siguientes en orden decreciente: Tumores (Neoplasias), Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio y Enfermedades del sistema digestivo (5).

Uno de los principales desafíos de la comuna es fortalecer la oferta de servicios y mejorar el acceso de la población al sistema de salud formal. Las autoridades de salud de la comuna de Calama comparten el desafío que representa hoy la oferta de salud pública en la comuna, dada la alta población que atienden y la deficiente cantidad de recursos que poseen. En relación a la salud de la población migrante, ellos distinguen problemas en tres áreas distintivas: acceso, flujo de atención entre niveles primario y secundario-terciario, y enfermedades emergentes.

En cuanto a **acceso a los sistemas de salud pública**, el problema se centra en la lenta regularización de papeles por parte de la comunidad migrante. En este escenario los trabajadores de la salud no siempre tienen claro cómo actuar y de qué forma gestionar los cobros por los servicios prestados, situación que puede verse afectada por creencias personales de algunos trabajadores de la salud.

Si voy a hacer una gestión con un migrante me cuesta el doble conseguir que me acepten la gestión, a que si lo hiciera incluso por una persona en situación de calle, chilena. Tengo mayor resistencia por parte de los colegas en este caso del hospital y en general de área de la salud, porque se escudan en el argumento: pero es que si el extranjero sabe que tiene que pagar, sí: ellos no quieren pagar... y claro puede existir en algunos casos que gente que puede pagar pero no quiere y que al final se aprovecha, pero en otros casos o por lo menos los casos que nosotros evaluamos bajo nuestra perspectiva: si amerita una ayuda, pero nos cuesta más, tenemos más resistencia por parte del servicio público... incluso hay trabajadores que no tienen esa capacidad de separar su opinión personal con la labor que realizan. **Entrevista 49, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Respecto del **flujo entre atención primaria y secundaria**, los trabajadores de la salud manifiestan que usualmente quienes trabajan en salud primaria encuentran la forma de entregar los servicios de salud básica a la población migrante, incluso en forma independiente a la regularización de sus documentos y visas. Sin embargo, cuando es necesario realizar derivaciones al sistema secundario el flujo se entelatece.

En relación al tema de salud, nos hemos encontrado... Con el obstáculo de que el servicio público y puntualmente el Hospital limita o es muy respetuoso de los procedimientos y no atiende a personas que se encuentren en situaciones irregular, ahora también hay que entender de que eso no ocurre porque ellos quieran ser así, sino que ocurre porque se han encontrado en muchas ocasiones donde la persona que está irregular en nuestro país, va, se atiende, pero no cumple con el pago de la prestación de salud, entonces que es lo que ha generado, de que el hospital diga: mira sabes que nosotros no vamos a atender a extranjeros y esto te lo digo porque me he encontrado con esas situaciones: no vamos a atender si es que no tienen el pago de la atención de salud, puntualmente ha ocurrido con embarazadas, personas que vienen desde Bolivia o Perú... **Entrevista 49, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Ahora llegó la nueva normativa que hay que atenderlo de todas formas, el problema es que nos genera la contra referencia desde el hospital. **Entrevista 53, Grupo Focal Trabajadores de salud, Diciembre 2014.**

Finalmente, sobre **patologías emergentes**, de acuerdo a los trabajadores de la salud uno de los mayores problemas asociados a la población migrante es el re-surgimiento de patologías que ya estaban controladas en la población nacional, presentando nuevos desafíos en término del abordaje de dichas patologías.

Entonces... Son cosas en las que tú tienes que intervenir, que la población chilena no la tiene y que la traen los extranjeros y tienes que hacerte cargo y hay varias casas infectadas con Chagas y tú ves que al final también se empieza a contaminar si tú eres limpio en tu casa y la persona de al lado viene contaminada, hay que evaluar a todas las familias, entonces esas cosas han sido como temas que uno tiene que ver. **Entrevista 48, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Hay un problema que nosotros teníamos erradicado en Chile que es un problema del Chagas... de la vinchuca, casi casos no habían en el norte del país, que habrán habido unos dos anuales y eso, lo mismo con el TBC, eran enfermedades que no teníamos en Chile: menos en la parte central. O sea aquí se da un poquito pero no tanto como ahora, el programa de epidemiología está pero colapsado, hasta ahora teníamos como 6 pacientes con TBC, la mayoría extranjeros, uno vivía en una toma, el otro hacinado, todos extranjeros con familiares en Bolivia con TBC, entonces eso epidemiológicamente nos está afectando. **Entrevista 50, Director de CESFAM, Diciembre 2014.**

Las problemáticas de salud recién mencionadas se enmarcan en la confusa información que reciben los trabajadores de la salud en relación a la atención de la población migrante. De acuerdo con muchos de los entrevistados, las **normativas** no siempre son claras y además cambian constantemente, por lo cual no es fácil saber cuáles son las prestaciones que le corresponden a la población migrante, sobre todo en los casos de no contar con los documentos regulatorios. A lo anterior se suma las creencias personales previas de algunos trabajadores de la salud en relación a la población migrante, las cuáles pudieran afectar la relación que establecen con dicha comunidad. Los hallazgos enumerados previamente fueron corroborados por trabajadores de la salud de la comuna el año 2016, y ellos enfatizan que estas problemáticas se mantienen en la actualidad.

4.1. Mapa de red asistencial pública en la comuna

La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Figura 5.

Mapa de distribución espacial de servicios públicos de salud de la comuna de Calama.

Distribución de Centros de Salud en Calama



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

La mayoría de los migrantes presentes en el norte de Chile, llegan al país en búsqueda de mejores oportunidades de vida y de trabajo. La comuna de Calama es uno de los puntos finales de destino para algunos de ellos. El proceso de migrar a Chile, según los relatos de obtenidos, se caracteriza por una decisión familiar conjunta, que se planifica y se inicia por lo general con un integrante de la familia, quien emprende primero el viaje, ingresa, busca un lugar para vivir y un trabajo para mantenerse. Recién una vez instalado, da el visto bueno para el ingreso del resto de la familia al nuevo país. En algunos casos, este proceso se inicia o facilita por medio de algún familiar o amigo.

Porque me dijeron que en Calama se ganaba más y era otra cuidad que íbamos a conocer, porque solamente conocía Arica y yo le dije ya vamos, entonces me fui. **Entrevista 76, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Mi esposo se había venido antes que yo. Él vino por un tema más que todo económico. Yo vine porque somos casados hace 6 años, y la relación no iba a funcionar estando él lejos, así que me vine para acá por un tema de pareja más que todo. **Entrevista 55, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Porque según...por internet, el mundial, el tipo de cambio y demás Chile está en un estatus dentro de los tres mejores y está cerca de Bolivia, para no irse muy lejos (risa). **Entrevista 77, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

La elección de la Comuna de Calama suele asociarse a buenos sueldos en relación a otras de Chile y a cercanía con el país de origen en muchos casos.

Una vez que ingresan a Chile, los principales desafíos que experimentan los migrantes se relacionan con conseguir **estabilidad laboral, vivienda, salud y educación**. De esta forma, las esperanzas y ganas de comenzar una nueva vida se enfrentan a barreras de diferente índole. Las principales situaciones que les afectan son: (1) regularización de papeles, lo que está muy relacionado con la posibilidad de empleo, (2) disponibilidad de facilidades y servicios para sus familias, y (3) convivencia con la comunidad residente local y con otras comunidades extranjeras.

Si tengo (visa), cuando he llegado tenía temporaria, de ahí cuando llego me mandé y me rechazaron, no sé porque, ahora tengo otro temporario. **Entrevista 54, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Respecto de la **regularización de documentos**, la mayor parte de los migrantes, llegan sin un trabajo y por consejo o recomendaciones de otros migrantes, reconociendo rápidamente los sitios populares para la búsqueda de trabajo. Sus relatos generalmente revelan la rapidez con que se puede lograr entrar en un círculo laboral de trabajos informales, en especial para migrantes en estado irregular.

Llegué primero a Arica en bus y estábamos con mi amiga, entonces me dijo acá hay que buscar trabajo y yo le digo: Ya. En ese mismo día vino una señora y nos dijo que querían.

Pero, ¿te dirigiste a dónde?

Estuve en una plaza, y ese mismo día me dijeron que necesitaban una niña para trabajar en la casa de nana y yo les dije ya... **Entrevista 57, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Pese a la rapidez y disponibilidad de trabajos informales, estos últimos a ra vez cumplen con los requisitos para hacer más expedita la tramitación de visas laborales para regularización de documentos.

En cuanto a facilidades y servicios, en muchas ocasiones los migrantes reciben la asistencia requerida; sin embargo, la percepción de maltrato suele proceder de instituciones más que de ciudadanos o vecinos, por ejemplo en las oficinas de gobernación. Los trámites de regularización de residencia se perciben como engorrosos, lentos y una barrera para acceder a salud y otros beneficios.

Mira hoy día manejamos nosotros como antecedente que los migrantes están ingresando a trabajos informales o no calificados, esto quiere decir que llegan a las construcciones de departamentos, o la obra en general y además en el ámbito comercial, entiéndase locales pequeños y el retail, en esos ámbitos hoy día están llegando... y en menor, mucha menor proporción en el ámbito profesional desde la realidad que nosotros manejamos. **Entrevista 49, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Y no solo en la salud hay que mejorar porque hasta para hacer nuestros tramites de nuestros papeles en la gobernación nos hacen pasar por un montón de cosas, más encima nos echan como si fuéramos animales porque acá nos dicen: no se puede hacer nada... salga... y a las personas no se les trata así, eso no se le hace a un ser humano yo creo que no se hace por más que seamos de distintos países, eso no debe de ser. **Entrevista 52, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Me pasó con mis ex jefes que ellos me acompañaron a la gobernación y vieron como me trataron y mi jefa se puso a reclamar ahí por mí porque yo estaba embarazada y nadie me atendía, más encima todos te empujan porque ya la gente a la que no te atienden se desesperan y se amontonan en la puerta y ahí se alborota la cosa... **Entrevista 52, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Por último, un aspecto central es la **convivencia en la comunidad**. Uno de los mayores desafíos para la comunidad de Calama, dado el arribo de extranjeros, es la convivencia entre los distintos grupos. En ocasiones las diferencias ocurren entre “chilenos” y “migrantes”, pero también entre grupos de migrantes de diferentes nacionalidades. Una migrante refiere discriminación por parte de un chileno y de manera simultánea, la defensa de otros chilenos:

Sin embargo, la **discriminación** parece no manifestarse siempre de manera tan evidente para el migrante de origen peruano o boliviano, siendo migrantes históricos en la región.

Tradicionalmente ha existido migración de los países fronterizos Perú Bolivia siempre tradicionalmente ha existido esa migración desde muchos años, pero puntualmente hoy día hay de gente de costa rica, de Ecuador, de Panamá, Colombia, que es lo más se nota digamos en las calles, pero ese es hoy día la características respecto a la temática migrantes. **Entrevista 48, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Mi suegra (chilena) no, ella es muy discriminadora. Ella decía que los peruanos venimos a delinquir acá, claro hay algunos que vienen a eso... pero nos meten a todos en lo mismo y por uno pagamos todos. Y yo no entiendo porque a todos nos meten en el mismo saco si no somos iguales... **Entrevista 52, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

La migración peruana y boliviana siempre ha existido por lo tanto ellos ya están organizados, respecto de las otras nacionalidades ellos aún no se organizan. **Entrevista 48, Autoridad Local, Diciembre 2014.**

Sí, siento que los discriminan, que los miran mal. Inclusive no sé, pero me he dado cuenta por ejemplo que las colombianas que vienen ya para el control del niño del mes, su cuaderno que les dan de control para el niño, ni si quiera le escriben nada, se los dan así, en cambio las niñas chilenas tienen todo escrito y todo bien anotado, en cambio ellas no, entonces sí creo que reciben y sufren más discriminación... Las dos cosas, siento que hay más racismo hacia el colombiano, siento... **Entrevista 55, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Diferente es la acogida para el migrante colombiano. La discriminación se materializa en acciones concretas en la atención de salud. Esta visión la entrega una profesional del área de la salud (de nacionalidad boliviana) que observa el fenómeno desde su labor en el CESFAM y al mismo tiempo como migrante.

Otra participante, funcionaria de un CESFAM, de nacionalidad chilena y a la vez calameña, corrobora esta impresión.

Yo soy Calameña, entonces yo te puedo hablar que yo siempre he tratado con bolivianos, porque viven cerca, pero el tema de los colombianos, yo te hablo así... ha sido algo así como unos 5 años que se ha producido fuerte, fuerte, fuerte y que ha llegado en masa... el colombiano para nosotros ha sido como una sorpresa...” **Entrevista 53, Grupo Focal de Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

El proceso de migrar e iniciar una nueva vida, es relatada por los migrantes como una **experiencia difícil**, que a pesar de poder imaginárselo previamente, al momento de vivirlo es distinto. Esta experiencia, se **exacerba** por las dificultades en la situación laboral, de salud y vivienda.

Cuesta porque es otro tipo de vida, con otra ruta, con otras leyes, con otro tipo de trabajo. Uno lo imagina porque lo sabe por internet, la vida que llevan o por último por comentarios de amigos; pero uno llega...y es un mundo en blanco, donde tiene que empezar de cero, y... y a las alturas de 23 años, y empezar de cero cuesta. Es como llegar a una casa sin nada y no tener a veces el efectivo para comprar las cosas... **Entrevista 77, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

A pesar, de que la mayoría de los migrantes encuentran **trabajo** rápidamente, éstos son con frecuencia **informales y mal remunerados**. Muchos, al ingresar a Chile, presentan visa temporaria y no cuentan con el documento de identidad nacional. En su mayoría, los migrantes reconocen haber iniciado los trámites para obtención de visa de trabajo y/o documento de identidad; sin embargo, el proceso suele ser largo y engorroso. Durante este proceso, están obligados a recurrir a cualquier tipo de trabajo, en su mayoría informales y de bajas remuneraciones.

El no contar con un número de registro nacional temporal impide hacer pago de previsión. Ésta barrera deja a este grupo de personas fuera del fondo nacional de salud; por lo tanto, en caso de requerir asistencia en salud, muchas veces deben pagar de bolsillo por sus atenciones. Esta condición de **ausencia de previsión de salud** es especialmente relevante en la población de mujeres migrantes embarazadas en las cuales hasta hace poco tiempo, debían pagar por sus partos. Las cifras cobradas para dar a luz en un Hospital son muy superiores a su ingreso mensual promedio. Actualmente ellas son protegidas por la ley de extranjería, pero aún es desconocida por algunos migrantes y centros de salud, tanto la ley como los mecanismos para hacerla operativa. La situación mejora al lograr los documentos, ya que en algunos casos se logra conseguir la estabilidad laboral a través de un contrato.

Así mismo, de acuerdo a lo manifestado por los propios migrantes, estas dificultades se ven luego reflejadas en sus condiciones de vida, en donde conseguir un **lugar para vivir** presenta pocas opciones y la alternativa más común es el arriendo de una pieza; generalmente dentro de una casa compartida y para el grupo familiar completo. Muchas de las viviendas son de material ligero y presentan baño compartido con las otras habitaciones y/o familias. Pero no es esto, si no el precio, lo que más molesta a los migrantes, ya que deben pagar mucho dinero por el arriendo de unos pocos metros cuadrados. Calama es una ciudad de alto costo de la vida en general. A estas dificultades se agrega que con frecuencia los migrantes no son aceptados si tienen niños.

Si, cuando hemos llegado pagaba \$280.000 el, y yo me ganaba 10 lucas al día, era todos los días así... es que cuando uno es extranjero sufre y el arriendo pagaba \$150.000, no me quieren con mi guagua, ahora sí yo veo se arrienda pieza voy a tocar la puerta y no, preguntó al tiro señora, prefiero una pareja sin guaguas, porque la guaguas cosas hacen, no quieren con guaguas... **Entrevista 54, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Acá por lo menos a los migrantes nos discriminan mucho por ser extranjeros, las horas no las dan al tiro, a mí me pasó con mi embarazo que yo fui al hospital a tratarme y me dijeron que por ser extranjero... me hicieron esperar mucho. La atención de la salud es importante... La salud es importante y cuando uno se va a atender... uno quiere que la atiendan, incluso hasta cuando uno paga, por uno tiene que pagar sí o sí... Tienes que pagar sí o si, no importa de dónde saques y no te atienden. Acá a los extranjeros de verdad no los saben tratar, te discriminan... te discriminan mucho. **Entrevista 52, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

En el caso de las familias migrantes que llegan a Chile con hijos pequeños, la situación irregular de sus padres nuevamente juega un rol limitante, ya que dificulta a sus hijos a **acceder a educación preescolar o escolar**. Esto afecta tanto a los niños como a sus madres que no pueden buscar trabajo o acceder a ellos por tener que hacerse cargo del cuidado durante todo el día de sus hijos. Esta situación, cambia drásticamente una vez que los padres cuentan con sus papeles al día, ya que los niños bajo esas condiciones, no tienen problemas para acceder a jardines o colegios. Las Autoridades conocen las dificultades de acceso y trabajan para mejorarlo.

Es que ahora quiero empezar por que pal año le toca jardín, entonces...en lo que esté en el jardín quiero aprovechar de trabajar. **Entrevista 76, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

Uno de los grandes temores de los migrantes es la posibilidad de enfermar. El concepto de **"estar sano"**, lo refieren como sentirse bien física y psicológicamente, alimentarse bien y el hecho de no enfermar para poder trabajar. La mirada del migrante da cuenta de una estrecha relación entre los conceptos salud y trabajo. Obtener y mantener un trabajo en Chile es fundamental dado que se convierte en la única fuente de supervivencia que los migrantes tienen al llegar un país en el cual no tienen vivienda, ni educación, ni salud asegurada. Muchas veces tampoco tienen redes sociales ni familiares, lo que empeora su condición de vulnerabilidad y el riesgo a perder todo cuando la salud se ve amenazada.

Como decía ella, estar sano es no tener ninguna enfermedad y es lo que toda persona quiere, nadie quiere estar enfermo... Sano es estar no solos sano físicamente sino también mentalmente, entonces necesitamos de todo como usted ve, apoyo psicológico, necesitamos también apoyo fisiológico también... **Entrevista 52, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Si el chileno está mejor que un extranjero él tiene acceso a Isapre... o él puede pagarse consultas particulares; pero que pasa cuando nosotros no podemos pagar una consulta que más o menos cuestan entre 40 y 45 mil pesos tenemos que venir acá a mendigar una consulta para que nos atiendan y tampoco es gratuito; por eso es que uno prefiere el particular y no el gratuito por acá se aprovechan, no sé dónde está la empatía de ellos. **Entrevista 52, Grupo Focal Migrantes, Diciembre 2014.**

Cabe destacar la relación que emerge en los relatos de varias mujeres migrantes, en que como elementos para definir salud, exponen la presencia de exámenes o controles de salud sin alteraciones. Así, muchos se acercan al sistema de salud en búsqueda de atención de control, en ocasiones por patología crónica o por control prenatal, más que por atención de urgencia. Los relatos sobre éste acercamiento a control dan cuenta de varias dificultades. En muchos casos el tema de documentación irregular, no les permite acceder gratuitamente a atención de salud y deben costear cada control o examen de salud de forma particular.

Estar saludable es venir a los controles para saber si se está sano, comer sano y no estar en vicios. Hacer deporte. **Entrevista 57, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

Estar saludable: buena alimentación, ir a los controles... más necesarios. **Entrevista 56, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

En el **acceso a salud de urgencia**, la experiencia es dispar entre los usuarios migrantes. Sin embargo, una impresión común rescatada entre los entrevistados es la poca frecuencia con que al parecer han requerido o acudido por este tipo de atención a los centros de salud y/o el hospital. Esta situación es especialmente marcada en el género masculino. En algunos casos individuales, estos migrantes reconocen haber sido atendidos en el Hospital, de buena forma y en tiempo oportuno, a pesar de que esto lo adjudican a la gravedad de la condición de salud. Les queda la duda o desconfianza de lo que ocurriría en otras circunstancias menos severas de salud.

Lo mío yo creo que me lo hicieron rápido porque era urgente, pero si cuando yo he ido al hospital así... por mi hijo así... que se vomitaba o cosas así, o afebrado ha sido demasiado en el hospital, ha sido demasiado desesperante porque no te atienden. **Entrevista 57, Mujer, Migrante peruana, Diciembre 2014.**

¿Cómo calificaría la atención de salud que tuvo en el hospital (Parto)?

Buena, muy, muy buena...cuando yo entré de emergencia, antes me pusieron en una silla, me llevaron, me tuvieron a mi hijo. **Entrevista 54, Mujer, Migrante boliviana, Diciembre 2014.**

Es interesante notar la diferencia entre la información obtenida en las entrevistas individuales y el grupo focal, ya que de manera individual la queja en torno a los servicios de salud no es tan clara. Sin embargo, el discurso cambia en la conversación grupal y en cadena van relatando historias de largas esperas y mala atención tanto en consultorio como en hospital. Otro punto importante a destacar es el sentimiento de **discriminación**, que a pesar de no ser frecuente en migrantes peruanos, bolivianos o ecuatorianos; la mayoría de ellos describe haber sido testigos de discriminación a migrantes de raza negra, especialmente colombianos. A su vez, desde la perspectiva de profesional de salud inmigrante, se refiere haber observado hechos de discriminación hacia los pacientes y haber sido discriminados ellos ante situación de disconformidad de los usuarios por su atención de salud.

Algunos relatos de experiencias con la atención de salud de tipo secundaria se pueden obtener desde el grupo focal de migrantes.

Te dicen: Ud. Ud. Lo mejor que puede hacer es dar a luz en su país... No sé... Que no te va a alcanzar, te ponen una cifra muy máxima de lo que puede ser un parto, te dan entre 1 millón cuatro y un millón y medio que puedes gastar en un parto... te dicen que la atención te va a salir muy cara acá y todo eso...

Son muy déspotas para atendernos, nos tratan como si nosotros fuéramos otro tipo de personas, no tenemos el mismo derecho que tienen ustedes los chilenos y eso está muy mal porque igual yo necesito una cirugía y mire cuanto tiempo llevo esperando, si plan auge cubre a partir de los 35 años... o sea tengo que esperar a tener los 35 años para que me operen de una urgencia?

Si una persona necesita una cirugía deben atenderla luego, para que esperar que las personas sufran, para que esperar que las personas ahí detrás de uno; más encima te pelotean como su fueras una pelota porque dicen te llamamos por teléfono y te damos una hora y después te dicen: ¿Quién te llamó?... ¿Quién te dio la hora? O: no hay hora; el doctor no está...

Entrevista 52, Grupo Focal de Migrantes, Diciembre 2014.

En síntesis, la salud es entendida desde la ausencia de enfermedad, a la cual la población inmigrante tiene terror, ya que representa la amenaza de no poder trabajar.

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

R es boliviana y emigró de su país acompañada de su marido hace más de diez años con destino a Argentina. Ahí tuvo a su hija mayor, hoy de 9 años de edad. Hace un año decidió divorciarse de su marido y para hacerlo volvió a emigrar, esta vez con destino a la ciudad de Calama. Su hija no logró adaptarse al colegio en Chile y solamente alcanzó a asistir durante tres meses para luego regresar a Argentina.

El día de la entrevista, R acude con un embarazo de siete meses y medio. El padre es boliviano y no tienen una relación formal, pero R prefiere tener a su segundo hijo en Chile a pesar de su complicada realidad en Calama.

Hoy R vive en una pieza que comparte con una amiga y trabaja algunas horas al día de costurera.

M, 26 años, llegó desde Bolivia cuando tenía 10 años. Tiene un hijo de cuatro años y viven solos en una pieza de arriendo. Pertenece al pueblo originario Quechua y tiene educación escolar completa.

Relata que antes de llegar a Chile era alegre y conversadora, pero en Chile se convirtió en una persona tímida y sumisa. Dice no sentirse bonita ni importante y que esto le ha impedido seguir desarrollándose en la vida. M cree que esto viene de la etapa escolar y del maltrato que sufrió de sus compañeros y profesores.

El niño debería entrar ir a un jardín infantil y entrar en los próximos meses al colegio, pero ella se siente insegura de hacerlo para que no discriminen a su hijo o a ella. Para cuidar a su hijo, M no trabaja formalmente.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES DE MIGRANTES IDENTIFICADAS	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<p>Información</p> <p>Capacitación y sensibilización</p> <p>Flujo de información y coordinación entre niveles</p> <p>Registro y monitoreo de la población inmigrante</p>	<p>Informar a los equipos de salud respecto a las normativas en salud vigentes para población migrante.</p> <p>Generar instancias de capacitación para los equipos de salud tanto a nivel primario, como secundario y terciario, en temáticas de salud y migración, necesidades en salud de población extranjera, así como buen trato, incorporando un enfoque de pertinencia cultural.</p> <p>Facilitar el trabajo intrasectorial en materia de salud de población inmigrante entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria.</p> <p>Establecer mecanismos efectivos de registro y monitoreo de la población inmigrante en el sistema de salud, tanto si poseen como si no poseen RUT. Compartir dichos registros y monitoreos entre los distintos niveles de atención en salud. Dimensiones a incorporar: incluir status migratorio y nacionalidad en todos los registros clínicos (pertinencia cultural: indicadores: status migratorio, pertenencia étnica y género).</p> <p>Generar información desagregada para migrantes para evaluar problemas de salud específicos así como detectar necesidades concretas de la población inmigrante de la comuna. Diagnósticos permanentes de salud. Diagnósticos cuantitativos y cualitativos que incorporen la voz de los inmigrantes.</p>
Comunidad	<p>Participación comunitaria</p> <p>Generar canales de información hacia la comunidad inmigrante</p> <p>Resolver el choque cultural, especialmente en lo que respecta a la población colombiana</p> <p>Mitigar la pobreza</p> <p>Mitigar el hacinamiento y malas condiciones de vida de los inmigrantes</p> <p>Mitigar los estigmas y prejuicios que recaen sobre población inmigrante, por ejemplo, de droga y prostitución.</p> <p>Mitigar la violencia</p> <p>Mitigar las malas condiciones de vida en los campamentos</p>	<p>Generar instancias de participación comunitaria que incorpore a la comunidad en su conjunto, facilitando espacios de encuentro y diálogo que permitan a las diversas poblaciones conocerse y, de esa manera, establecer vínculos que aminoren las tensiones y la discriminación. Ejemplo de esto es que existen ferias multiculturales pero al parecer son solo para inmigrantes, no se incorporan chilenos, lo que segrega a la población.</p> <p>Informar a la comunidad migrante respecto a las normativas y leyes de extranjería vigentes a través de las juntas vecinas, ONGs, salud, colegios, entre otras.</p> <p>Generar instancias participativas con el fin de buscar efectivas a las malas condiciones de vida que existen en los campamentos.</p>

Programas y Políticas Públicas	<p>Generar programas específicos de acceso a salud para inmigrantes</p> <p>Generar debate en torno a las necesidades de salud específicas de la población inmigrante</p> <p>Abordar la situación de salud de inmigrantes en situación irregular</p> <p>Generar programas y políticas de protección laboral para inmigrantes</p>	<p>Generar políticas públicas en salud específicas para población migrante local.</p> <p>Instalar programas de salud de inmigrantes en todos los niveles de salud y en todos los sectores. De este modo, cada centro de atención primaria debiera contar con un programa específico de acceso a salud para el migrante alineado con la política de salud nacional.</p> <p>Debatir en torno a necesidades de salud específicas que la población inmigrante que se pueda sumar a los esfuerzos institucionales en esta materia.</p> <p>Facilitar la atención de salud de migrantes en situación irregular tanto en atención primaria como secundaria y terciaria.</p> <p>Generar programas de trabajo y vivienda específicos para población migrante con el fin de mejorar las condiciones de vida y laborales de esta población.</p> <p>Programas de protección a los que trabajan irregularmente.</p> <p>Potenciar el rol municipal para la operacionalización de normativas en materia de migración desde el nivel central.</p>
Investigación	<p>Colaboración entre instituciones en materia de investigación</p> <p>Conocer los vacíos de conocimientos respecto a la población inmigrante de la comuna</p>	<p>Generar líneas colaborativas de investigación entre instituciones que realizan investigación en esta materia</p> <p>Indagar en los vacíos de conocimiento que existen respecto a la salud de la población inmigrante de la comuna para con ello generar un mapa local con el cual buscar soluciones. Dejar preguntas abiertas para lo local.</p>

8. Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. Demográficas y Vitales, Productos Estadísticos 2015. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
2. Municipalidad de Calama. Información Municipal 2015. Available from: <http://www.municipalidadcalama.cl/web/>
3. Departamento de Extranjería y Migración. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Visas solicitadas y otorgadas 2015. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/>
4. Ministerio de Desarrollo Social. Reporte Comunal: Calama, Región de Antofagasta. In: Social O, editor. 2014.
5. Departamento de Información y Estadística en Salud D. Indicadores 2015. Available from: <http://www.deis.cl/>

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Calama Total: 27	Información Sociodemográfica
Autoridades de Salud o Locales 4 (4 entrevistas individuales)	Sexo: 1 mujer, 3 hombres Rango de Edad: 29-49, Promedio: 38 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario 8 (1 grupo focal, 8 participantes)	Sexo: 4 mujeres y 4 hombres Rango de Edad: 26-54, Promedio: 34,25 años
Migrantes, Total: 15 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 7 participantes)	Sexo: 14 mujeres, 1 hombre Rango de Edad: 19-46, Promedio: 30 años Nacionalidad: 11 bolivianos, 3 peruanos y 1 ecuatoriano Años viviendo en Chile: 1-16, Promedio: 7,2

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Hospital Dr. Carlos Cisternas
Centro de Salud Familiar Enrique Montt
Centro Comunitario de Salud Familiar Alemania de Calama
Consultorio Salud Urgencia Calama
Consultorio Salud Urgencia Alemania de Calama
Centro Comunitario de Salud Mental Calama

10. Acerca de los autores

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.

Email: margaritabernales@udd.cl

Ana M McIntyre, MSc

Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

Email: ammcintyre@udd.cl

Moises Morales, BSc

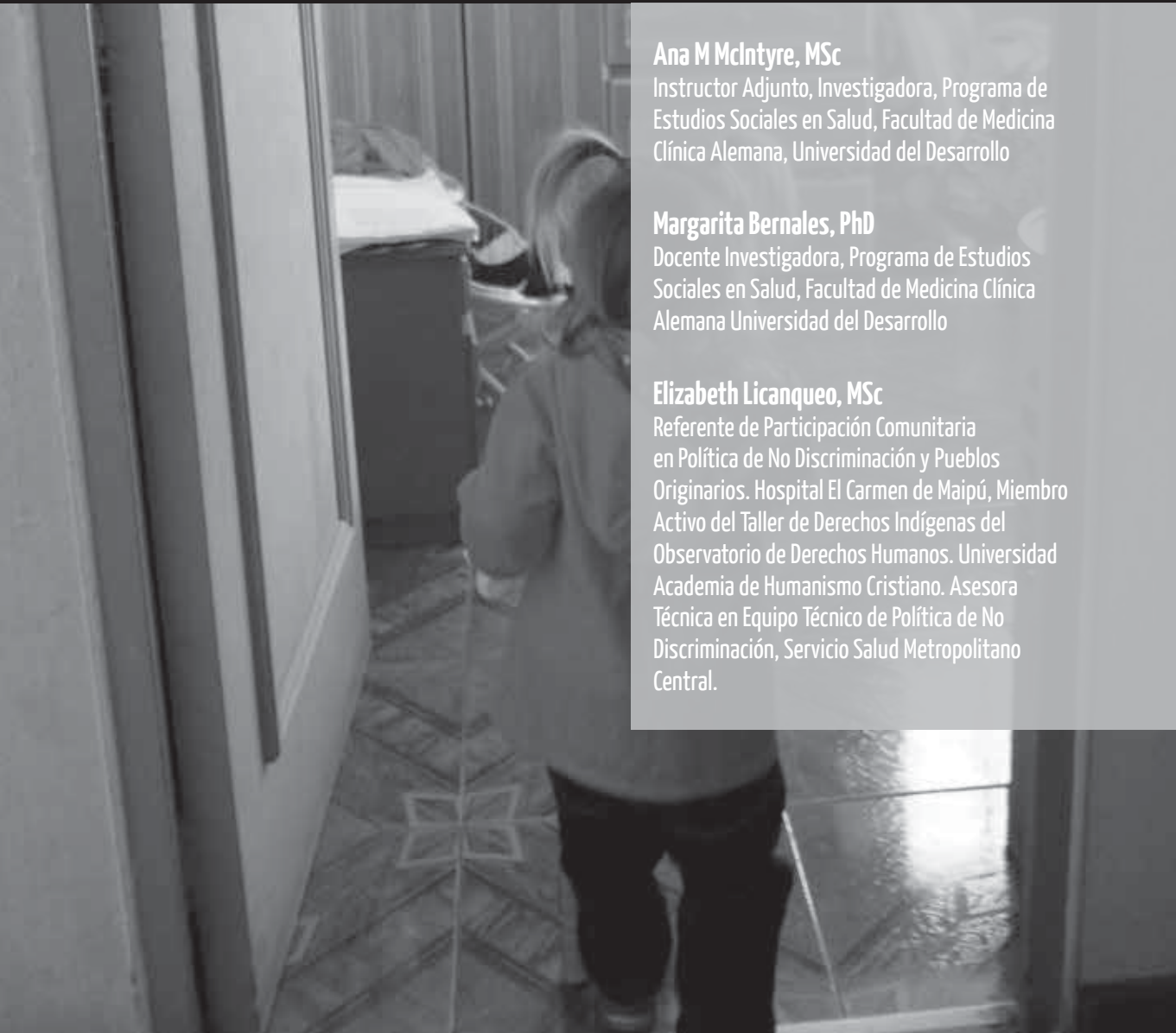
Matrón, Universidad de Antofagasta.

Email: moise.m.olivares@gmail.com



Capítulo 18

Estudio de Caso: Comuna de Maipú



Ana M McIntyre, MSc

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Margarita Bernales, PhD

Docente Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Elizabeth Licanqueo, MSc

Referente de Participación Comunitaria en Política de No Discriminación y Pueblos Originarios. Hospital El Carmen de Maipú, Miembro Activo del Taller de Derechos Indígenas del Observatorio de Derechos Humanos. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Asesora Técnica en Equipo Técnico de Política de No Discriminación, Servicio Salud Metropolitano Central.

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna de Maipú?

- Maipú tradicionalmente tenía una identidad de pueblo en el cual todos se ubicaban y las redes sociales operaban como un importante apoyo. Tenía tradición agrícola y de manera creciente: industrial. Sufrió un aumento de población muy acelerado que cambió radicalmente esta identidad a fines del siglo XX.
- Como una forma de adaptación a esa nueva identidad de comuna masiva y lejana al centro de la capital, aparece la extensión de la línea del Metro.
- Es una comuna residencial que a la vez tiene un amplio desarrollo industrial y comercial. Tienen un Hospital Comunitario de alta complejidad y varios centros de salud públicos y privados que algunos utilizan como alternativa pagando un costo módico por Bono Fonasa.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes en esta comuna?

- Es una comuna en la cual los Migrantes se sienten solos, se pierden entre tantos habitantes. Carecen de redes sociales y están disgregados espacialmente. La sensación de marginación es importante y se percibe una desesperanza para abordar vías de resolución.
- Maipú le entrega algunas oportunidades laborales a los Migrantes a nivel local. Principalmente en el área comercial, industrial y de otras índoles.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Generar y Activar redes sociales entre migrantes dentro de la comuna.
- La convivencia pacífica pero distante y bloqueada entre habitantes chilenos de Maipú y migrantes, generar instancias de convivencia y encuentro físico.
- Fomentar la integración entre chilenos y migrantes dentro de Maipú, organizaciones comunales, grupos de apoyo, comités colaborativos entre vecinos que busquen mejoras en la comunidad, redes sociales en general.
- Mejorar incentivos para regularizar la situación migratoria como estrategia de acceso a beneficios, tanto en términos laborales y educacionales, como legales y sanitarios.
- Potenciar acceso y financiamiento de redes comunitarias disponibles, como ONGs que se visualizan como uno de los principales elementos donde la población migrante puede acudir para recibir información unificada para todas las áreas de necesidades que surgen al llegar al país; llámese vivienda, educación, trabajo, salud, aspectos legales de la migración, apoyo social e inicialmente medidas de supervivencia hasta establecerse en el país.
- Al menos un cuarto de los migrantes de Maipú tienen estudios superiores, lo que les abre otros campos laborales locales y en otras comunas.
- Si bien en la comuna hay migrantes que viven en condiciones de hacinamiento y pobreza, en general las viviendas en las que se han instalado las familias migrantes parecen ser menos precarias que en otras comunas, encontrando un nivel de hacinamiento inferior. La percepción de seguridad también se percibe mejor en Maipú que en otras comunas.
- Pese a lo anteriormente expuesto, en otra proporción se repiten algunos problemas que enfrentan migrantes en otras comunas del país: barreras de acceso a salud, condiciones de vivienda deficientes, dificultades para regularizar la situación migratoria e inseguridad y abuso laboral.
- Un problema importante en Maipú es la segregación y discriminación pacífica que sufren los migrantes por parte de los chilenos, llegando hasta el nivel de ignorar las reglas mínimas de cortesía como saludar a los vecinos.
- Si bien muchos migrantes señalan haber sido atendidos de forma considerada en los Cesfam, existe un descontento por la falta de acceso a horas de especialistas. Hay conciencia de que éste déficit es para todos los pacientes del sistema público y algunos migrantes suplen esta carencia por medio del sistema privado local.
- Conseguir una hora de morbilidad en el Cesfam requiere de un gran esfuerzo por parte de la población, hay que estar presente en el Cesfam en la madrugada y el número de personas que obtienen la reserva tiene un límite, no es suficiente para cubrir las necesidades de todos.

d) Palabras Clave: Maipú, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Maipú se emplaza en la zona surponiente de la provincia de Santiago, Región Metropolitana. Sus coordenadas geográficas son 33° 30' latitud sur 70° 46' longitud oeste y tiene una altitud de 470 metros sobre el nivel del mar. Abarca una superficie de 135,5 km². La población de la Comuna de Maipú es de 525.025 habitantes en el año 2012. (1) (2)

Maipú estuvo bajo el dominio del cacique mapuche Loncomilla quien fue contemporáneo de Pedro de Valdivia. En los tiempos de la colonia se utilizó la tierra para el cultivo de viñas y cereales, la localidad de Maipú destaca dentro de la historia de Chile, por haber sido escenario de la Batalla de Maipú, en el año 1818, hito decisivo en la independencia nacional e importante señal para la emancipación de los pueblos latinoamericanos. (2)

En términos administrativos, durante la Presidencia de Don Jorge Montt, Maipú se constituye como Comuna y es fundada la Municipalidad (1891). (2) Las características administrativas y sociales y el paisaje de la comuna han ido variando durante las últimas décadas, experimentando rápidamente una transformación de aldea agrícola a pueblo y luego a comuna superpoblada. Esta percepción es confirmada con autoridades locales, quienes perciben en el año 2016 que en la comuna persisten costumbres localistas, similares a las de un pueblo, en un espacio actualmente muy poblado, moderno e hiperconectado con el resto de la región metropolitana. (3)

En los años 40-50 predominaba la autoconstrucción de viviendas como método para obtener la casa propia. En los años 60 se posiciona como un corredor industrial dentro de la zona metropolitana y eso conlleva una creciente ocupación de terrenos agrícolas para construir viviendas de los propios trabajadores que trabajaban en las industrias. Históricamente en la comuna se mezclaba la actividad agrícola e industrial, estos dos polos de actividad económica han variado en su proporción, pero aún persisten algunos focos agrícolas. (3) (4) El desarrollo urbanístico y habitacional de la comuna de Maipú no tuvo regulación inicialmente. Esta situación vino a normalizarse en el año 1994 con un plan regulador metropolitano y exigencias a empresas e inmobiliarias para destino de suelos y cumplimiento de normativas, como áreas verdes entre otras. (2) El destino del suelo de la comuna ha ido cambiando con el tiempo, la población rural en el año 2012 es de 5.560 habitantes. (5)

En 1940 Maipú tenía unos 12000 habitantes. (1) entre 1982 y 1992 el crecimiento demográfico fue explosivo. Actualmente es una de las 3 comunas más pobladas de Chile, bordeando el medio millón de habitantes. (5, 6)

La presencia empresarial de mayor peso es del rubro comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos. La aparición de estos rubros además de la actividad agrícola que inicialmente caracterizaba a la zona, acrecienta a los residentes la posibilidad de trabajar dentro de su comuna. La tasa de desempleo en el año 2009 fue de 7,3% (6)

Maipú es percibida como una comuna con identidad de pueblo, que si bien creció mucho y muy rápido en términos demográficos, aún conserva ciertas características que la definen con personalidad propia. Los Maipucinos tienen a la vez una identidad local bastante marcada. Prueba de ello es el lenguaje local, suelen decir: Voy al Centro; refiriéndose al Centro de Maipú. Así lo explica un Director de Centro de Salud de la comuna:

Tiene un micro centro Maipú, entonces no necesitas ir a Santiago...No va al centro... Entonces... Para ellos el centro, es el centro de Maipú.
Entrevista 75, Director de Centro de Salud, Enero 2015.

Uno de los participantes expone las ventajas de vivir en Maipú en relación a otras comunas, señala que es una buena opción para iniciar un proyecto de vida porque entrega variadas oportunidades:

Podría decirte que es el hecho de que fuera una comuna dormitorio una comunaaaa populosa yo creo que atrae a tanto inmigrantes como personaaaa comoo Chilenos, o sea eh el hecho de que existan tantos lugares como para vivir y para arrendar departamento y y todo ese tipo de cosa hace también que los inmigrantes prefieran venirse para acá, además que también eh como comuna está digámoslo bien dotada en la parte comercial entonces por ahí ellos pueden hacer trabajos en retail, en los mall en los centros comerciaales... **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Septiembre 2014**

En cuanto a la calidad de vida de la comuna, un gran aporte para los habitantes de Maipú ha sido la inauguración de una extensión del Metro de Santiago (2011). Esta consta de siete estaciones que recorren 8,6 kilómetros. La extensión de la Línea Quinta Normal-Plaza de Maipú, tiene una demanda estimada de 80 millones de viajes al año, unos 300 mil viajes al día. Este tramo aporta 50 millones de viajes anuales aproximadamente.

El impacto de la extensión del Metro es permitir a los habitantes ampliar su conectividad, testimonio de ello entrega uno de los participantes entrevistados:

Hay acceso a metro hay acceso aa al transantiago, a micro, entonces por ahí ellos prefieren prefieren eso a estar en en otra comuna donde quizás el paisaje no es muy grato y eso es muy muy eh de muy nostálgico en el sentido de siempre estar recordando es que que extraño lo verde, extraños lo eh la familia, extraño la vida en comunidad, entonces quizás acá se sentirán viviendo en de esa manera. Un poco más cercana a lo que fue su suuu pasado. **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Septiembre 2014.**

De acuerdo con el observatorio urbano el año 2009 la superficie de áreas verdes con mantenimiento, por cada habitante de la comuna de Maipú es de 3,2 m² por habitante. Frente a estas cifras la municipalidad ha creado varias plazas y parques. Entre ellas se encuentra la Plaza Miqueas, parque El Conquistador, parque El Ferrocarril y el parque Pajaritos IV. (3)

El Promedio de Puntaje en la prueba de selección universitaria: PSU Lenguaje, 2012: 512 puntos, quedando algo por encima del promedio de la región que fue de 500 puntos. (7)

En términos de acceso a la salud, el porcentaje de la población afiliada a Fonasa que está en grupo A para el año 2011 es de un 18,1 %. (8)

Figura 1

Mapa general de la comuna de Maipú, descripción espacial de su población total según datos censales 2002

Población total en Maipú por manzana censal

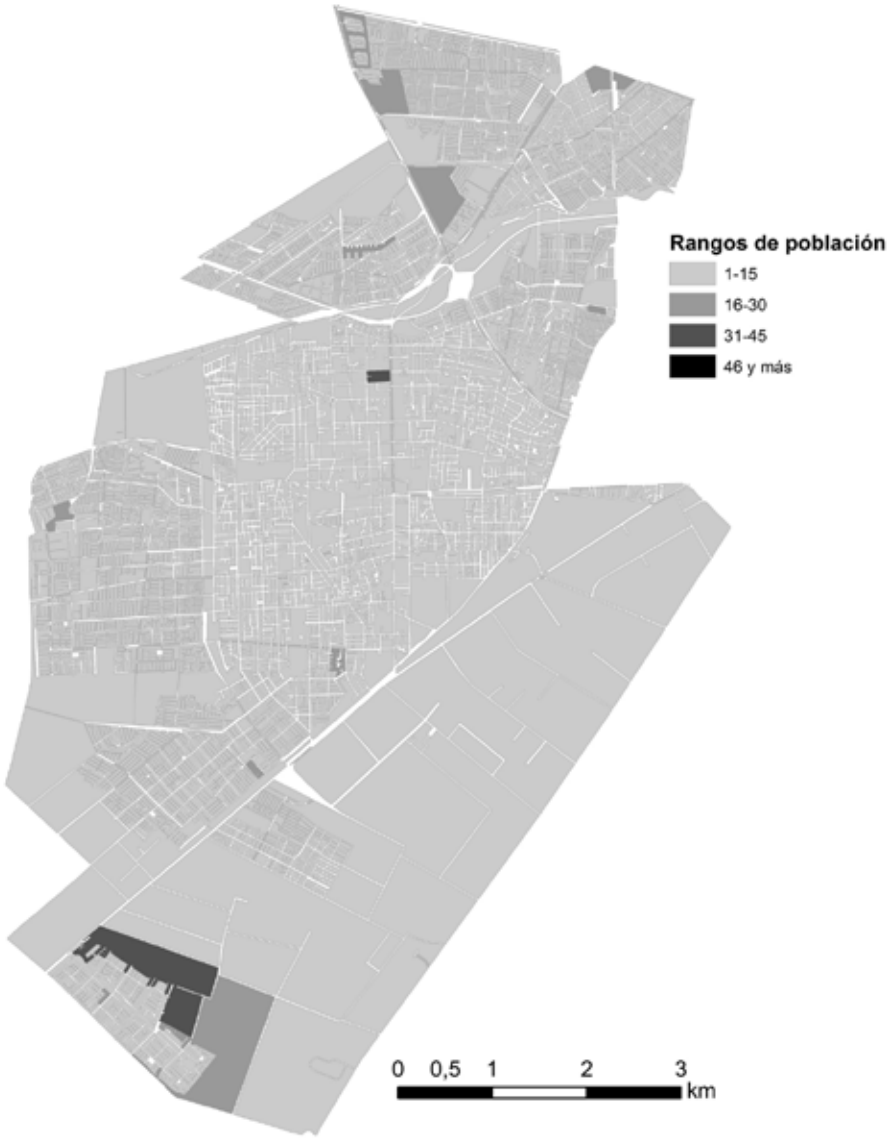


Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 2

Mapa general de la comuna de Maipú, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002

Población inmigrante en Maipú por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

2.1. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

De acuerdo a cifras entregadas por el Servicio de Extranjería para el año 2012, la población migrante de la comuna de Maipú que solicitaba visa alcanzaba un total de 1368 personas. Esta cifra incluye requerimientos para visa temporaria (47,58%), estudiante (1,53%) y sujeta a contrato (50,87%). Respecto al país de origen, en su mayoría provienen de Perú (30,99%), en 2do lugar de Colombia (25,14%), 3er lugar Argentina (5,40%), 4to lugar Haití (3,14%) y 5to lugar Brasil (2,11%).

Llama la atención que en la comuna de Maipú hay mayor proporción de Migrantes cuyos países de origen son Argentina y Brasil que en otras comunas, diferencia que se observa tanto en la zona central como en el norte de Chile (9). Respecto a su distribución por sexo, 47,88% son de sexo femenino y un 52,11% del sexo masculino. En relación a su nivel educacional, respecto a los informados (n=409, 30% del total) la gran mayoría declaró pertenecer a un nivel medio (47,43%), seguido del nivel básico (20,53%), en tercer lugar universitario (15,64%), nivel técnico (11%). Un 1,46% declaró pertenecer a nivel pre-básico y 3,91% declaró "ninguno" (9). Alrededor de un cuarto de la población migrante que figura en los datos de extranjería 2012 solicitando visa tiene estudios superiores. Este es un elemento distintivo con las otras comunas del país, exceptuando Santiago que muestra una cifra similar. Durante el proceso de confirmación de hallazgos cualitativos, se aborda este aspecto, la percepción de una autoridad de salud coincide con lo encontrado en las entrevistas:

Ellos planteaban que hoy día en la población extranjera es más o menos de 7000 personas; pero sin embargo lo que tiene la municipalidad registrado y a través de lo que han obtenido... Y qué están las fichas, son alrededor de cómo 2000 personas ya? ¡O sea hay hartos que se están perdiendo ahí? Claro! Son como 7000 porque como tú bien dijiste... Ellos están dispersos por toda la comuna y precisamente... Aquí no hay grandes colectivos de personas extranjeras lo único que yo conozco es de: Ecuador Vive Aquí... Yo creo que una de las razones que se puede deber es que si hacemos la comparación con la Región Metropolitana... porque eso de Recoleta... Independencia llevan mucho más tiempo. **Entrevista 135, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

La distribución por edad, para la fecha de solicitud, en su mayoría pertenecían al tramo de 21 a 30 años (37,42%) en segundo lugar de 31 a 59 años (37,06%), el tramo en tercer lugar está ocupado por las edades entre 11 a 20 años (16,66%), 4to y 5to lugar lo ocupan los menores de 5 años y de 5 a 10 años (2,04% y 4,6% respectivamente). Finalmente de 60 años y más un 2,19%. En relación a las principales ocupaciones, un 55,19% declaró ser empleado o empleado doméstico, 12,57% estudiantes, 6,28% señaló ser dueña de casa, 2,99% obrero o jornalero, 1,02% empresario o patrón, 4,53% inactivos y un 1,16% no informó su ocupación.

Los Migrantes que solicitaron permanencia definitiva para el 2012, fueron un total de 332 personas, de las cuales en su mayoría son del sexo femenino (53,01%), principalmente provienen de Perú (33,43%) seguido de Colombia (16,86%), predominantemente comprenden las edades entre 21 y 59 años (71,68%), ocupación empleado-empleado doméstico (47,59%) y en su mayoría con nivel educacional medio (36,02% del total de informados [n=136]). (9-11)

Se percibe a la población migrante de Maipú con cierta preparación técnica o profesional de un nivel más alto que en otras comunas estudiadas.

Las personas migrantes... al menos aquí en la comuna de Maipú, llevan 15 años, ya? Entonces están establecidas, con casa... ya? o con su pequeña microempresa. Ya? pensando en establecerse... esa es la diferencia con otras comunas que son más rotativas... En cuanto al nivel de instrucción que tienen estas personas bueno y... Y eso puede justificarse, con eso mismo... eso puede ser una causa que como ya están establecidos... Pero también lo que ha dicho el servicio jesuita de migrantes... Y creo que extranjería también... en el Ministerio... Es que en general los extranjeros que llegan a nuestro país tienen un nivel de Educación que incluso... Qué es superior al promedio chileno. **Entrevista 135, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

Al ser consultada al respecto una autoridad de salud, durante el proceso de confirmación de hallazgos (2016), su impresión es similar, encontrando también condiciones de vida en algunos migrantes que ya parecen haber superado el hacinamiento y pobreza en el que eventualmente habrían llegado al país.

Los participantes perciben escasa información actualizada sobre la cantidad de inmigrantes y su origen o nacionalidad, tampoco se conoce a cabalidad cuáles son los sectores (Dentro de la Comuna) en los que residen. En entrevista semiestructurada, una autoridad de salud comunal explica:

Ahora hay harta población no cuantificada todavía de cuantos son los inmigrantes, pero básicamente... por lo de la percepción en lo general... Yo digo que es un grupo importante de extranjeros que están en la comuna y hay hartos radicados en el sector de La Farfana emmmm (silencio) que grupo prioritario otro tenemos eehh inmigrantes, bueno, peruanos hay bastantes también... Pero otros estudios o estudio más acabo de cuanto es la distribución que tienen ellos en la comuna exactamente no no no lo hemos cuantificado todavía, ahora por lo que ellos percibidos los diferentes centros de que tienen una dispersión geográfica bastante amplia en la comuna todos han atendido a pacientes inmigrantes, extranjeros. **Entrevista 3, Autoridad de Salud, Agosto 2014.**

La incertidumbre sobre los datos demográficos que se percibe entre los trabajadores de salud, se genera porque la principal fuente de datos es la asistencia y enrolamiento a los CESFAM. En general los que más acuden son embarazadas y menores, tal como se puede evidenciar mediante el testimonio de un trabajador de salud:

La población joven y especialmente la de sexo masculino se mantiene alejada del CESFAM y acude sólo en caso de enfermedad.

Esta distribución por género y edad se da en chilenos y en migrantes de manera aún más acentuada.

Generalmente vienen la ehm Colombianas... vienen embarazadas extranjeras. Aaaa... ingresar al al control prenatal. Que es lo que nosotros la quee es lo que nosotros tenemos garantizado para los inmigrantes, ¿ya? ehhh acceso de la embarazada extranjera y en menores de 18 años, ¿ya?". **Entrevista 18, Director de CESFAM, Noviembre 2014**

Se pesquisan por ejemplo en examen médico preventivo, en general muy parecido a la... la del chileno, que tiene tendencia a tener enfermedadaaad, no se poh... como la hipertensión, la diabetes pero son usuarios que se van pesquisando en el momento, en el instante. **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Septiembre 2014.**

Los testimonios recogidos dan cuenta de una realidad presente en migrantes que tienen como acceder al sistema de salud pública e incluso privada mediante la compra de un bono de atención. Probablemente una persona migrante en situación irregular va a acudir sólo si es una emergencia, en ese caso el escenario más probable es la urgencia hospitalaria.

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

Según estimaciones para áreas pequeñas del Ministerio de Desarrollo Social, el porcentaje de habitantes de Maipú que se encuentran en situación de pobreza es de 9,2 % respecto a la población total de la comuna para el año 2013 (12)

De acuerdo a la información recogida por medio de entrevistas semiestructuradas, la percepción que tiene un trabajador de la salud respecto de las condiciones generales de la comuna es que existe vulnerabilidad social en focos aislados, especialmente se menciona el sector de La Farfana y sectores en los cuales las condiciones de vida cumplen con los requerimientos básicos:

Por territorio, por características. Si por ejemplo, te puedo comentar de otro sector, donde sí hay poblaciones bastante complejas y ahí tenemos algunos población extranjera, colombianos que viven por ejemplo en alguna pieza, arriendan pieza y viven ahí... pero son... No es la característica general de todo el centro, es una particularidad, que es bastante pequeña **Entrevista 72, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Según la ficha de protección social, hay un 3,6% de viviendas que tienen déficit en términos sanitarios. Un 1,4% de los hogares presenta hacinamiento a nivel crítico

Estamos un poco mezclados los grupos socioeconómicos también. Por supuesto que en menos cantidad el grupo ABC1, casi mínima por decir de alguna forma los grupos principalmente que se han revisado según el atlas comunal, en los diagnósticos que ha hecho la secla, principalmente están entre los grupos C1, C2 eehh principalmente [E: Hhmm] ¿sí? Además con una, no se po, con un territorio bastante amplio, en la comuna de Maipú. Sí y...y lo que con, lo que ello implica también, como de de, no se po, de distancias, y de hacinamiento en algunos casos. Como bien eehh compleja esta comuna la encuentro yo, ¿sí? Eso... **Entrevista 75, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

Como no se dispone de datos censales ni de otra índole respecto del número de migrantes, desde fuentes comunales se aprecia una **necesidad imperiosa de conocer estadísticas y datos sobre la comunidad de migrantes:**

La mayoría de las cosas que podemos decir son más que nada... suposiciones o como lo que uno va viendo de lo que va pasando en términos de cómo se ha ido dando el proceso. Nos ha costado bastante y ahí XX puede como corroborar que encontrar los datos duros acerca de cuánto es la población migrante acá de la comuna y eso también" ... "nosotros lo que nosotros lo podemos decir son como ciertos datos que hemos ido, vamos viendo que hay cierta tendencia en relación a los números de inmigrantes pero no manejamos los datos que sea así como" ... "Tenemos como todas esas suposiciones que engloban el tema que no está conocido y por qué los datos son tan como volátiles, que es el tema que en salud en particular con este tema de la regularidad o la no regularidad de la situación del migrante en sí **Entrevista 92, Autoridad de Salud, Junio 2015.**

Mediante información obtenida a través entrevistas semiestructuradas se indaga sobre la motivación para escoger esta comuna, surgen algunas claves sobre la **elección de la comuna de Maipú** como el lugar para residir. Por ejemplo una Autoridad de Salud Municipal explica:

Es que yo en general creo que la, Maipú sigue siendo una mmm... hay posibilidad de crecimiento poblacional, hay villas que están en desarrollo, hay grandes eee zonas que se están trabajando proyectos urbanos, urbanos, entonces eeeh... yo creo que buscan también el desarrollo, donde hayan idealmente servicios cercanos y Maipú da características de en general ser una comuna agradable todavía para vivir, y no hay tanto eeeh características que te diferencien poblacionalmente zonas muy específicas yo creo que Maipú es tan variable y diversa que se casi casi todos los barrios si bien es cierto, tiene una característica específica pero la población en general está bastante bien distribuida y zonas que se caracterizan más que nada por matrimonios jóvenes no por una situación socioeconómica que te lo diferencio tanto como para que no puedan vivir no.

Entrevista 3, Autoridad de Salud, Agosto 2014.

Autoridades municipales tienen la visión de que las características demográficas de la comuna de Maipú son similares a las que se encuentran en promedio en la región metropolitana,

Según fuentes del ministerio de desarrollo social, el porcentaje de personas en situación de pobreza es de 9,2% (Estimaciones para Áreas Pequeñas, Ministerio de Desarrollo Social, 2011). Otro dato que da cuenta de la convivencia a nivel comunal, es el de VIF (Violencia Intrafamiliar). La Tasa denuncias por delitos de violencia intrafamiliar por cada 100.000 habitantes, es de 357. (3, 11)

En términos de percepción de seguridad en la comuna: La proporción de hogares victimizados durante el año 2012 fue de 29,7 mientras que el año 2011 era de un 36,7. Las victimizaciones más frecuentes son hurto, lesiones y robo con violencia o intimidación, en orden decreciente. Los vecinos perciben que la delincuencia disminuyó y que el lugar más seguro para ellos es en su casa (Nota 5,6) y el menos seguro es en la micro y la calle (Nota 3,6 para ambas opciones). (13)

Si bien la victimización reportada en el boletín comunal de Maipú es similar o algo menor a la que se observa en las otras comunas estudiadas, los participantes entrevistados en general se sienten seguros. Cabe preguntarse si el punto de comparación son sus países de origen, ya que muchos de los entrevistados provienen de lugares altamente conflictivos e inseguros, siendo mencionado este factor como la primera o segunda causa para tomar la decisión de migrar a Chile. Ejemplo de ello son las afirmaciones que con temor surgen de algunos entrevistados en el norte del país, si bien no pertenecen a la comuna de Maipú, dan cuenta de una realidad en su país de origen que queda plasmada en el relato:

En todo Colombia, sob- sobre todo lo que es el trabajo, eh lo que es la violencia, todo. Entonces a uno le toca a mí me mataron a mi papá, me mataron a mí a mi hermano, a mis primos y me toco que estaba en Panamá yo, estaba en Panamá y me vine pa acá. **Entrevista 28, Hombre, Migrante colombiano de Antofagasta, Diciembre 2014.**

Por ejemplo, el asunto de los sicarios allá en Colombia...yo tenía dos o tres pacientes que me hablaban, que ya... no sé poh... uno puede estar sentado y pasa un sicario y te dispara...porque lo miraste mal, entonces ellos decían que lo que agradecían de Chile, aparte de que ganaban bien, de que el sueldo aquí para ellos era bastante bueno, era la seguridad social, la seguridad ciudadana, que igual, obviamente si tú querí que te roben o algo, tení que no sé, salir a altas horas de la noche, esas cosas, pero en general, la seguridad en Chile todavía se mantiene buena, a como son por ejemplo en Colombia. **Entrevista 53, Grupo Focal Trabajadores de Salud de Calama, Diciembre 2014.**

Llama la atención que dentro de los entrevistados de Maipú en su mayoría señalan que se sienten seguros. Un caso particular que parece corresponder a una percepción personal es la que expone uno de los migrantes: está descontento y si bien manifiesta su deseo de que hubiese portón automático y un guardia en su condominio, pero luego señala que es bastante seguro.

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

La distribución del indicador de vulnerabilidad va en un rango de 0 (menos vulnerable) a 1 (mayor vulnerabilidad). El mapa muestra la distribución de vulnerabilidad considerando un índice de privación múltiple basado en 3 variables sociodemográficas: personas con discapacidad, personas desempleadas y personas que reportan bajo nivel de educación, para el año 2002, de acuerdo a la disponibilidad de datos del último censo oficial en Chile. Este indicador se calculó para la población total y para los inmigrantes internacionales. En ambos casos la escala de análisis es la manzana censal, correspondiente a la máxima desagregación territorial urbana y por ello nos permite realizar un análisis espacial en detalle.

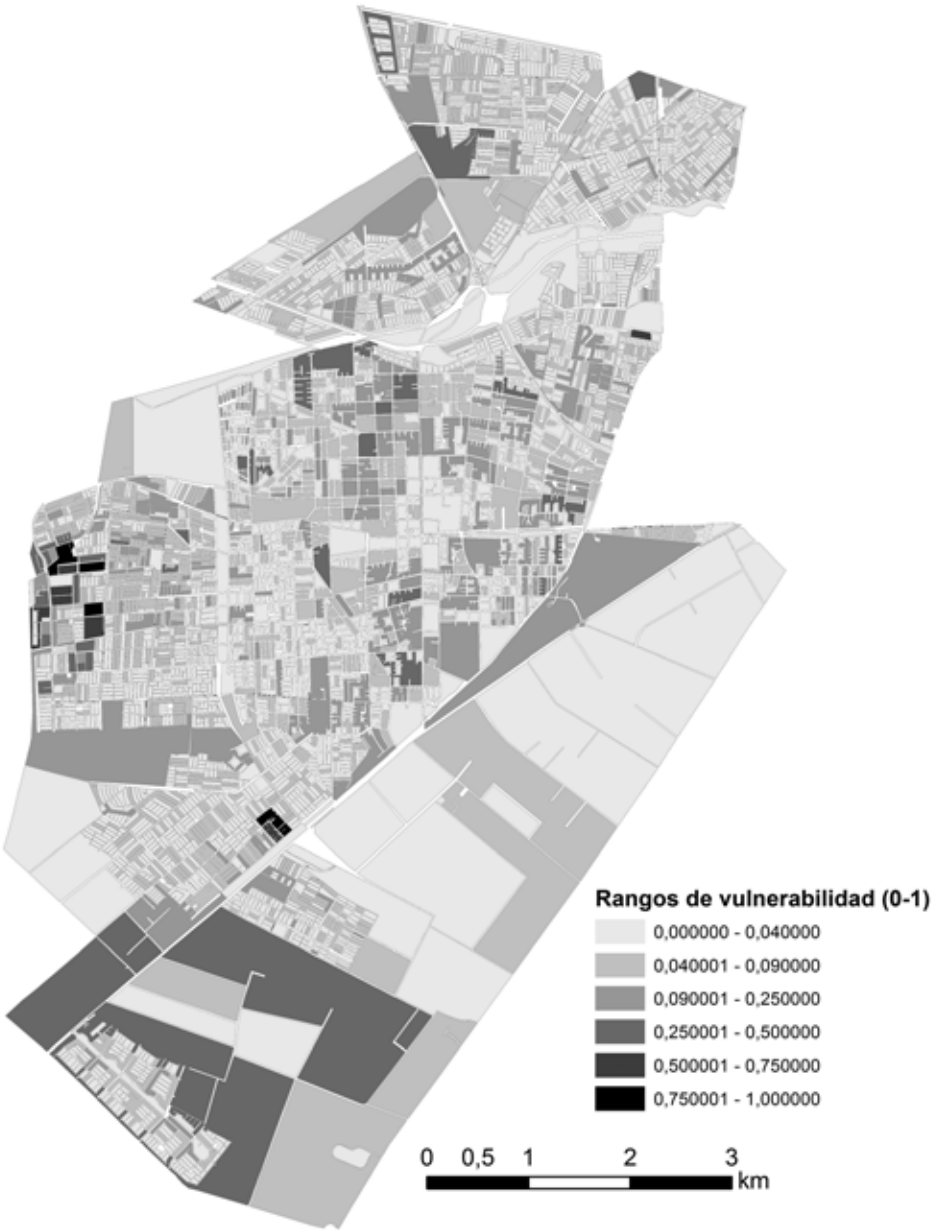
El mapa de Distribución de vulnerabilidad en Maipú 2002 sigue un patrón disperso cuando se consideran las 3 dimensiones descritas en la población total. De este modo, se pueden encontrar manzanas de vulnerabilidad en los rangos 0,25-0,75 a lo largo de todo el casco urbano de la comuna. Sin embargo, en Maipú ocurre algo particular, presenta los rangos más altos de vulnerabilidad (0,75-1), pero esta vulnerabilidad más alta, a diferencia de la anterior, sí se concentra en sectores específicos del Oeste, y el Centro-sur.

En cuanto a la vulnerabilidad de inmigrantes, se aprecia una vulnerabilidad menor a la de la población general, tanto en los rangos que presenta (el máximo alcanza 0,5), como en su distribución espacial. En cuanto a esta distribución, hay un predominio de vulnerabilidad en niveles bajos (gama de colores verdes), con una concentración de los rangos más altos en zonas específicas, las cuales en general se condicen con las zonas de mayor vulnerabilidad para la población general. Es decir, la mayor vulnerabilidad para ambos grupos poblacionales (población total y población inmigrante) se concentra en sectores espaciales similares. En resumen, la distribución espacial de la vulnerabilidad en Maipú comparte sectores espaciales similares, pese a que la vulnerabilidad mayor aparece para la población general y más dispersa en el espacio de la comuna, para los inmigrantes aparece algo más concentrada, sobre todo en la zona Oeste y sur de la comuna.

Figura 3

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Maipú respecto de su población total, datos censales 2002

Distribución de vulnerabilidad en Maipú 2002

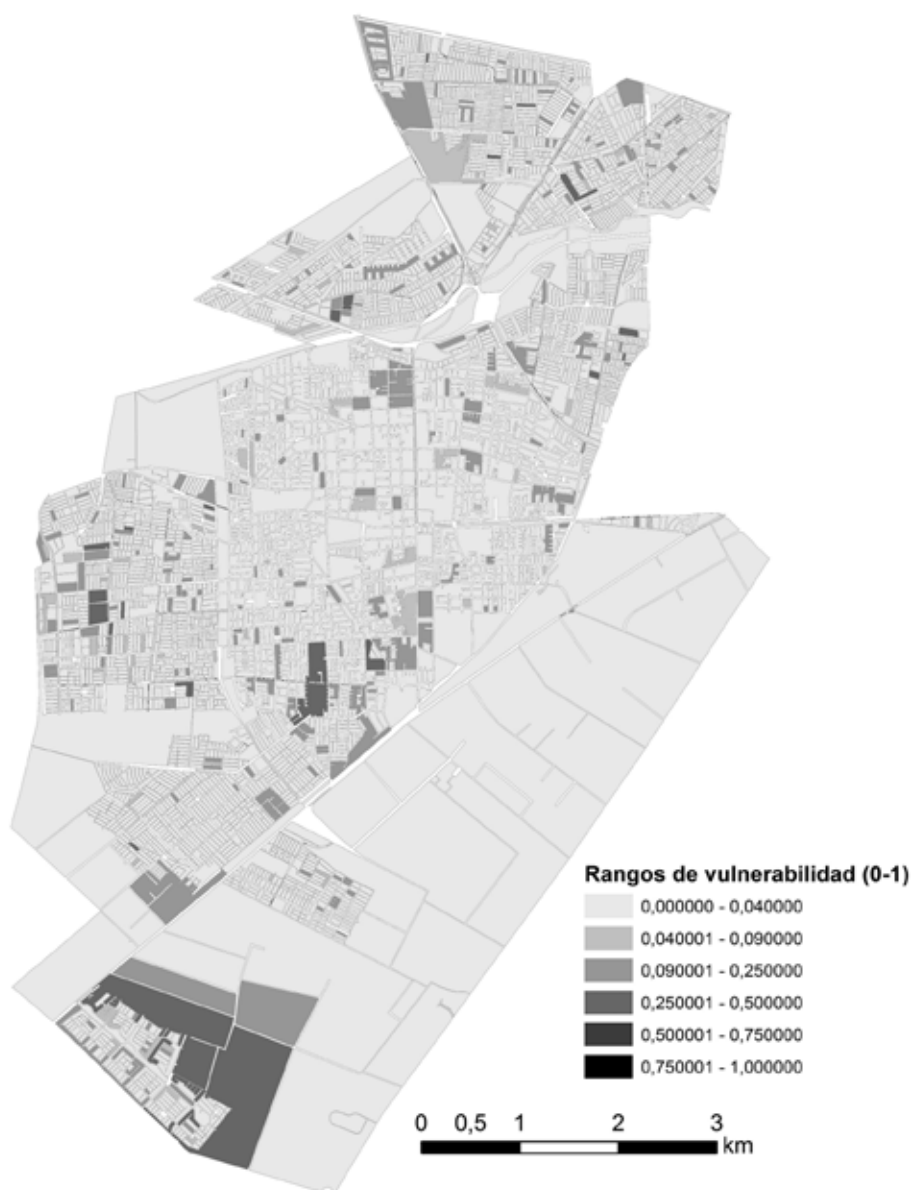


Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Elaboración propia, Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 4

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Maipú respecto de su población migrante, datos censales 2002

Distribución de vulnerabilidad en inmigrantes en Maipú 2002



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Elaboración propia, Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

4. La salud de la comuna

4.1. Descripción general de la salud de la comuna

Según datos del Departamento de Estadísticas de Salud, entre las actividades de la Red Asistencial Pública destacan el total de consultas en urgencias con 1.775.301 consultas, consultas de Urgencia, Hospital Alta y Mediana Complejidad (455.711 consultas). El número de Examen de Medicina Preventiva (EMP) fue de 128.342. (14, 15)

Una de las autoridades de salud entrevistada recalca el modelo de tipo comunitario en el cual trabaja el Hospital El Carmen de Maipú, el cual atiende también a la comuna aledaña de Cerrillos:

En términos demográficos, la comuna de Maipú es una de las más pobladas del país. En ella residen numerosos jóvenes y niños. Esta realidad contrasta con la que se encuentra en otras comunas altas en migración de la zona metropolitana, como Recoleta por ejemplo. Esta diferencia poblacional es explicada por un director de Centro de Salud,

El hospital se declara como un hospital comunitario de alta complejidad **Entrevista 135, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

Al igual que en el resto del país, la población más envejecida es la que requiere una mayor proporción de cuidados de salud. En Maipú 38.278 son los habitantes pertenecientes a la tercera edad. Las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer de 82,9 años y los hombres de 79,1. Cuenta con una tasa de mortalidad general para el año 2005 - 2010 de 3,1 y 9,1 en tasa de natalidad. (16)

Ya bueno, la comuna de Maipú es una comuna que se caracteriza por su alta densidad poblacional... Ehhh la comuna en sí se caracteriza por tener mucha población joven, ehhh infante juvenil digamos, ¿sí? Pero no es la que nosotros vemos a diario, la vemos solamente cuando está enferma, no la vemos por controles ni nada de eso, la vemos menos que, digamos que, el adulto mayor. **Entrevista 75, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

El índice de equidad en salud para el 2006 se encontraba entre los cuartiles 0,67 y 0,70. Es reconocida la influencia de la inequidad en salud. Algunos de los factores sociales y económicos que están fuertemente ligados a la salud de las personas en Maipú son expuestos por un Director de Centro de Salud:

yo identifico ehh como bastantes problemas económicos principalmente, lo que yo puedo, lo que yo visualizo también. Ehhh como de población adulta empobrecida y enferma. Y ehhh bastante también como la población, la gran mayoría es juvenil, también mucho embarazo adolescente ¿sí? Ehhh dentro de lo que yo te puedo mencionar también, nos tocó ver un tiempo también mucho tema de consumo de drogas ¿sí? Y también de tráfico. No sé si es así como... ehhh uno de los problemas principales de la comuna pero, pero en general nosotros vemos bastante ese tema. **Entrevista 75, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

Al indagar entre los trabajadores de salud primaria sobre el acceso que les corresponde a los Migrantes de la Comuna, ellos perciben una cuota de desconocimiento de los derechos disponibles en el CESFAM,

...gente que no...tenía absoluto desconocimiento de cuáles eran los derechos por ejemplo de ellos o de la ficha de protección social. En algunos casos creían que no les correspondía, o que les habían dicho que solamente era para los chilenos y no para los extranjeros, entonces como desde ahí tengo la sensación de que hay falta también de, o sea, hay desconocimiento por parte de ellos y falta de profundizar un poco el trabajo con ellos de parte de las instituciones. **Entrevista 75, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

Entre los participantes, al explorar la experiencia que han tenido en relación a la atención de salud primaria: surge la **sensación de ser atendidos de manera amable pero escasa en recursos, principalmente en horas médicas y derivaciones**. Algunos de ellos utilizan la salud primaria sólo para los controles de ellos o sus hijos pequeños y cuando necesitan una hora de morbilidad se acercan a la consulta privada, pagando con un bono Fonasa.

Y cuando no puedo ir, yo igual voy para allá y le digo sabe que no puedo asistir a esta cita, ¿me la pueden cambiar? Pero sabe que la niña de allá, es súper amorosa, entonces ella me la cambia. Yo no sé si porque es tan chiquitito ese consultorio, que lo acogen mucho **Entrevista 83, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

¿Ha ido usted o algún familiar suyo alguna vez a un consultorio de atención primaria acá en Chile? P: No, no, o si no a la particular aquí a la Bellolio... I: Ah ha ido a particular también? a ambos ha ido? P: Sí. **Entrevista 88, Hombre, Migrante ecuatoriano, Junio 2015.**

Yo me atiendo en una consulta particular que se llama Pehuén 4, que queda en Maipú. **Entrevista 107, Mujer, Migrante ecuatoriana, Agosto 2015.**

Me fui a particular pero por Fonasa no me salió tan caro... I: Y a qué particular fuiste, te lo recomendaron?... A Vespuccio, la Clínica Vespuccio y como queda cerca de la casa entonces y me dijeron que era una buena clínica entonces ahí fui a hacerle los exámenes a mi hijo. **Entrevista 113, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2015.**

Yo tuve que hacérmelo particular, entonces, yo todas mis cosas yo me las he hecho particular porque demoran en el consultorio llamar, no la llaman enseguida, entonces... Lo que más rápido le hacen son como los exámenes de sangre, orina, esas cosas las entregan en tres, cuatro días, pero en otras cosas se demoran mucho para llamar. **Entrevista 87, Mujer, Migrante ecuatoriana, Junio 2015.**

Yo soy una persona que estoy pagando mis imposiciones, estoy súper bien, yo tengo derecho a que me atiendan bien, así que yo no sé cómo lo vamos a hacer pero yo quiero que me miren bien porque yo estoy pagando un servicio y lo más correspondiente es que a mi me traten como se debe ¿ya? Como que se dejó escuchar y después me saque otra cita y ahí me atendieron súper bien... ¡: Oye... ¿y eso fue dónde, en un consultorio?... Sí, en Mega Salud... Ah, en Mega Salud. O sea la salud particular. **Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

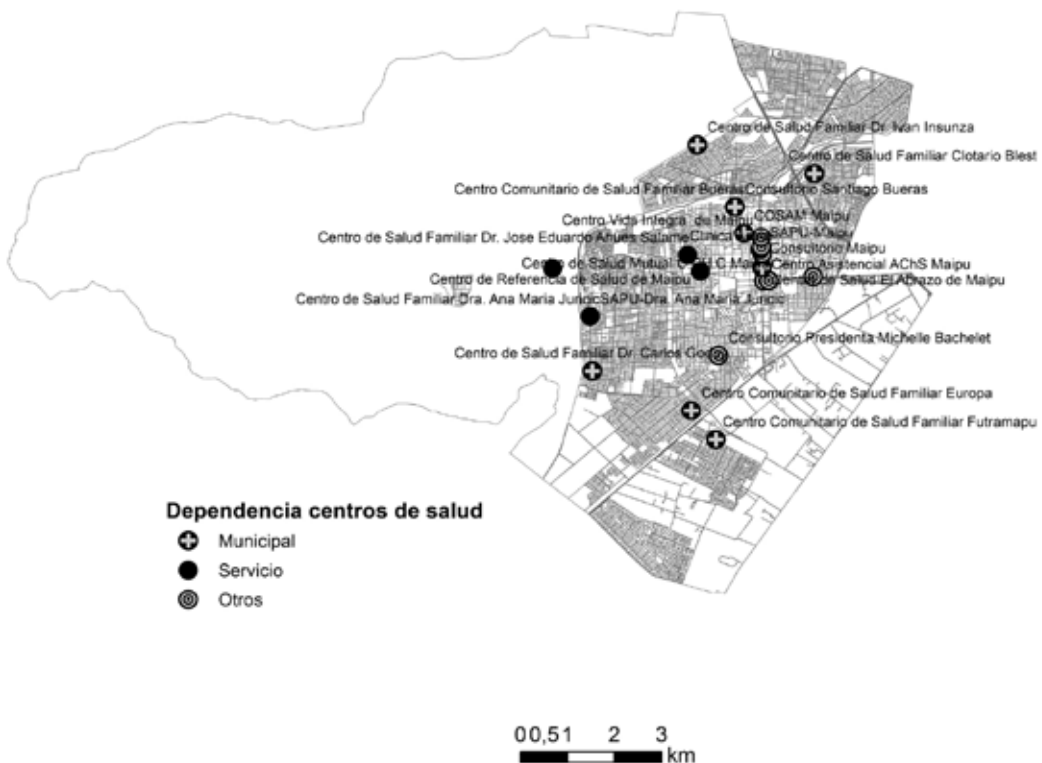
4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Figura 5

Mapa de distribución espacial de servicios públicos de salud de la comuna de Maipú

Distribución de centros de salud en Maipú



Fuente cartográfica: INE, Precenso 2011
Fuente de datos: Ministerio de Salud
Autor: Fondecyt 11130042

5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Parte importante de la experiencia migratoria es la manera en que entraron al país. En Maipú los migrantes responden a la pregunta: Cuénteme, Ud. Como se vino a Chile? con diferentes vivencias, en general esta etapa se caracteriza por ser un proceso difícil, hay **situaciones dolorosas, con frecuencia quieren volver al país de origen al poco tiempo de haber ingresado a Chile** y en algunos casos hay relatos de maltrato y abuso tanto laboral como a nivel fronterizo:

A mí me tocó súper difícil de hecho cuando yo llegué, como le decía, yo me quería ir. Porque fue una humillación tan grande al llegar al extremo de tratarme de ladrona y no siendo así. Yo me sentí como culpable de algo que yo no había hecho ¿cierto? Entonces como que para mí fue, yo decía yo me voy y me voy y me voy...

Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.

Bueno yo llegué a Chile, en avión, la pituca. (Risas) Bueno el medio tour... porque mi vuelo traía una escala, en Bolivia, Santa Cruz de la Sierra más precisamente. Un 13 de diciembre del 2005. Un calor aterrador. ¡Uuff! Bueno, y ahí venía yo. Un vuelo larguísimo, yo tomé ese vuelo en Bogotá a las 2 de la madrugada del día 13 de diciembre y llegué aquí a Chile a las 8 de la tarde, largo...Yo venía feliz, con mi maleta cargada de muchos proyectos e ilusiones... Y así fue mi llegada aquí. A los dos meses yo ya estaba con depre, yo me quería ir, yo sentía que no me podía adaptar a él... Que no era lo que yo había pensado **Entrevista 83, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

La forma en que los acoge la comunidad chilena es variada, numerosos **relatos de malas experiencias** se encuentran en esta etapa, como el de **discriminación por el color de piel**:

Fue una calamidad muy grande porque a lo primero eehh bueno, conocí gente que me hizo la vida, digamos así en cuadritos. Conocí también gente súper buena onda en el cual me ayudaron mucho pero también eehh hubieron cosas que igual no me gustaron como el hecho de discriminarme por mi color de piel, por ser de mi país eehh yo también creo que Chile es un país que está dividido entre ricos y pobres, entonces no sé, creo que, igual yo creo que existe la discriminación de parte de ricos y de pobres. **Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

Otra arista de la experiencia de migrar la relata un trabajador de salud de Maipú, quien explica la forma en que con frecuencia **se disgrega la familia por causa de la migración**. El costo de venir a Chile es dejar hijos en el país de origen a cargo de los abuelos u otro familiar.

El mismo hecho de que como se van viniendo de a poco dentro de un grupo familiar se van viendoooo... de a un integrante hace que muchas veces los padres que son jóvenes prefieren dejar a los hijos viviendo con sus familias de origen, son familias extensas, con los tíos con los abuelos y ellos se dedican a criar a a al hijo de esto de esta pareja inmigrantes, mientras ellos tratan de acá estabilizarse laboralmente y económicamente. **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Septiembre 2014.**

En torno a la experiencia de llegar a Chile y buscar trabajo de manera apremiante, se encuentran algunas experiencias de personas que son **contactadas previamente en su país de origen**, una mujer ecuatoriana que se vino de Ecuador con una oferta laboral, explica:

Ellos (La Familia Empleadora) me mandaron el pasaje pa' que yo venga y ellos me recibían en el aeropuerto y me trajeron a su casa; estuve ahí con ellos y todo, pero a mí nunca me daban salida, nunca, siempre de Lunes a Domingo, de Lunes a Domingo, entonces un día, yo nunca me olvido de eso, un día... yo salí a, me encontré con otra ecuatoriana, le conté la historia mía y todo, entonces ella me dijo pucha que pena como, como tu trabajas! y todo esto estás muy esclavizada! ese trabajo no te conviene... Y ese día me quedé en su casa y al otro día yo fui y me despidieron del trabajo, me echaron a la calle!. **Entrevista 87, Mujer, Migrante ecuatoriana, Junio 2015**

Por otra parte, la pareja de la mujer anteriormente mencionada, refiere como experimentó el largo **trayecto por tierra desde Ecuador a Chile**:

Ah, me vine vía terrestre... Guayaquil, Lima, Lima, Chile, Santiago...: Lima, Santiago, ¿en Bus?...E: Sí, en bus. **Entrevista 89, Hombre, Migrante Ecuatoriano, Junio 2015.**

Caso similar es el de otro migrante ecuatoriano quien estuvo en frontera durante 15 días, su experiencia de migrar fue compleja y dolorosa:

Mi llegada fue trágica... porque no podía por ser inmigrante por ejemplo en Chacalluta... que es la frontera, me vine en bus, tuve que quedarme 15 días en Tacna porque me negaron la pasada y después me presenté después de los 15 días. Mi hermano me ayudó desde aquí, me mandó de aquí una plata... y ahí sí ya después me dejaron pasar, pero después de 15 días. **Entrevista 88, Hombre, Migrante Ecuatoriano, Junio 2015.**

La mirada que tiene la mayor parte de los entrevistados pertenecientes a los servicios de salud de Maipú es reflejada en las palabras de un trabajador

de Salud, quien explica el proceso de **migración paulatina de familiares**, encabezados por el padre de familia generalmente:

En realidad ellos si bien se vienen con muchas expectativas al al país ¿cierto? la idea de surgir, salir adelante ehhh se da una situación bien particular ehhh porque dentro de deee... de por ejemplo de un grupo familiar de inmigrantes, siempre se viene uno al país. Uno de lo de ese grupo. Generalmente que es el jefe de hogar, jefe de hogar viene, busca trabajo, lo encuentra comienza a estabilizarse y ahí se trae a la familia. Por ejemplo ehhh y generalmente son jóvenes, jóveneees... adultos no... no se viene mucho inmigrante adulto mayor, sino que generalmente son personas jóvenes. Queee quee por lo general tienen los años formales completos. Los estudios formales completos, ehhh... y vienen hacer generalmente trabajos menores... **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Septiembre 2014.**

Tangencialmente el entrevistado deja ver un percepción sobre el buen nivel educacional de la comunidad migrante de Maipú, tema que reaparece más adelante en el capítulo. Para los trabajadores de salud es un desafío diario entregar una atención culturalmente sensible o pertinente a sus pacientes migrantes, éstas pasan por el lenguaje (barrera idiomática) y llegan a las costumbres o hábitos culturales. Parte de éstas dificultades se pueden percibir en los diálogos que se generan en el grupo focal de trabajadores de salud de Maipú, en el que exponen las **dificultades de comunicación** que implica el lenguaje diferente, alcanzando incluso a los propios **funcionarios del CESFAM que son extranjeros**:

Cada país con sus culturas distintas. A mí me pasó, un ejemplo, una vez me acuerdo que hace tiempo sí, tuve una peruana y que me hablaba no se poh, de las trusas ... y yo así como que flauta son las trusas! son los calzones! ¿cachay? Era como, me está hablando algo que no entendía. Y cuando yo hablo de flujos vaginales ellos hablan de descensos, para mí la palabra descenso es bajar, entonces era como... no sé qué estamos hablando ... Una orden por: cuello de pie... y acá nomenclatura para FONASA, para no sé qué, en el laboratorio no existe el cuello de pie. Es radiografía de tobillo ... Hay medico aquí... que pone: niega los síntomas y en varias veces pone: niega... me imagino que él quiere decir que el paciente no tiene tal cosa; no es que el paciente esté negando. Pero es su forma de expresarse: paciente niega los síntomas! Es como cuando yo pongo paciente asintomático. Entonces, claro podría de repente producir conflictos alguna terminología que aquí no se usan... Nosotros tuvimos un drama súper complejo para una paciente con un médico colombiano, que él le dijo una cosa, y él fue al laboratorio y el laboratorio, de gente que me imagino que es chileno, le dijeron: eso no existe en este país! Y ahí la señora volvió a reclamar e hizo el escándalo, el médico se enojó con ella, le dijo que no tenía idea de nada. Entonces igual se cruzan temas, quizás, no es algo permanente, pero se da en algunas ... Nos tocó ver a nosotros, por ejemplo, una chica Haitiana, embarazada, llegó embarazada a Chile y resulta de que ella, además de hablar otro idioma, no entendieron nada de lo que nosotros le estábamos tratando de explicar de cómo era el sistema de protección de la... de las gestantes... Entonces, costó un mundo... **Entrevista 72, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

Una característica distintiva que presenta la comunidad migrante en la comuna de Maipú es la **dispersión geográfica, dentro de una comuna de gran superficie y muy poblada** viven en diferentes sectores. Esta dispersión probablemente **dificulta la formación de redes sociales** no digitales y que con frecuencia ignoren que hay otras personas en su misma situación con quienes comparten cultura y pare de su historia.

En la opinión de un trabajador del centro de salud, no se logra identificar algún polo específico de la comuna en el cual se concentren las comunidades migrantes:

Ellooooo ehmm no podría decir que solo están asentados en un... en un, en una zona geográfica de Maipú, eh... están distribuidos. **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Agosto 2014.**

Ahora... yo no te podría decir en en tal y tal lugar están asentados. **Entrevista 8, Hombre, Trabajador de Salud, Agosto 2014.**

Cuanto es la distribución que tienen ellos en la comuna exactamente... no no no lo hemos cuantificado todavía, ahora... por lo que ellos percibidos, los diferentes centros, de que tienen una dispersión geográfica bastante amplia en la comuna todos han atendido a pacientes inmigrantes, extranjeros **Entrevista 3, Autoridad de Salud, Agosto 2014.**

En Maipú esto es más nuevo? Si!!!!!! Es un fenómeno nuevo pero yo creo que con el tiempo va a ir aumentando... Y aunque vivan en Maipú igual tienen redes pero tienen sus redes en Santiago... igual se desplazan... y ahí hacen su vida comunitaria, social, religiosa... Entonces ese es el tema... **Entrevista 135, Mujer, Autoridad de salud, Mayo 2016.**

Esta sensación de dispersión geográfica de los migrantes dentro de la comuna de Maipú, es indagada dentro del proceso de confirmación de datos de tipo cualitativo con una autoridad de salud, quien coincide plenamente, agregando que **algunos mantienen sus redes con la comuna de Santiago**, especulando que podría ser la que los vio llegar al país:

Por otra parte la comunidad chilena no los hace sentir integrados, manteniendo en general una **actitud pacífica pero muy distante. Esta forma de convivencia es con frecuencia evaluada como mala educación, dado que los migrantes están acostumbrados a tener actitudes de mayor cordialidad con los vecinos.** Algunos testimonios que dan cuenta de ello son:

Sinceramente, no se... a veces, bueno, aquí la gente pasa, entra y no, no saluda... I: No saluda? E: ... entonces a veces yo digo, porque vive ahí! tú no vas a pasar por ninguna parte y te tienen que saludar, o sea, uno saluda, entonces al principio me da, me da como depre, por qué no saludan, a veces yo saludo y no me contestan, yo igual saludo porque así me han enseñado, eso... , a mí no me cuesta nada decir, buenos días vecino, buenas tardes, pero, pues a nosotros no sé, no sé, yo pienso que a lo mejor somos un bichito raro. **Entrevista 102, Mujer, Migrante colombiana, Agosto 2015.**

...hay cosas que no sé, a mí, no es que yo tenga nada contra las personas chilenas... ni esto, pero pienso que son como irrespetuosos en la forma de ser **Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

...Sí! nada más! Sí, esa es la palabra exactamente: cordial, de saludo, no es más que hemos compartido así... I: Se saludan pero no se...no han compartido? P: Exactamente: no nos visitamos ni así... **Entrevista 80, Mujer, Migrante ecuatoriana, Abril 2015.**

Para mí el chileno de por sí no tiene cultura y lo digo, no lo digo... porque tenga represalias ni nada, pero siento que hay gente que es muy pesada y siento que no debiese ser así, porque vienen como de una parte donde no... digamos... así... que no son personas gringas, hay combinaciones pero no, no... o sea no entiendo, porque de hecho en mi país cuando llega un extranjero es súper diferente el trato a como es aquí **Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

Para una municipalidad que atiende a la enorme población de Maipú, se ha hecho **difícil conocer el fenómeno de la llegada de migrantes a la comuna** de manera completa, hay conciencia de que queda trabajo por hacer, aunque sería un fenómeno nuevo en relación a lo observado en otras comunas:

Quizás la municipalidad está muy concentrada por acá con todos sus servicios y la comuna es mucho más grande! (...) De que los hay... los hay... Pero quizás no hay colectividades porque están muy disgregados... Y eso impide poder generar una suerte de vida en comunidad entre ellos, ya que finalmente desplazarse de un lado para otro, aunque sea adentro de la misma comuna... se requiere tiempo y se requieren medios económicos... todos los factores Asociados **Entrevista 135, Mujer, Autoridad de Salud, Mayo 2016.**

Entre las experiencias de vivir en Chile, los Migrantes relatan algunos **casos de discriminación** en distintas instancias de la vida diaria, principalmente en espacios públicos como el transporte por ejemplo:

Me gustaría que, no sé, a cualquier extranjero, bueno más que todo a los que son de tez negra o de raza negra ehh... como que no lo vieran a uno como un bicho raro, si aquí habemos muchas personas que queremos trabajar y que somos de bien **Entrevista 102, Mujer, Migrante colombiana, Agosto 2015.**

Yo estaba en la fila primero y la señora, yo... por respeto, porque eran señoras: las dejé primeras, para que se sentaran... no sé... y yo me venía parada. Y llegan las señoras y ya, se hacen en la fila de primeras, yo les cedo el puesto... A las dos y después para la micro justo ahí donde yo estoy... yo entro y la señoras me echan la... mira: la súper patuda morena! Por qué no se van para su país... que no sé qué y que vienen a puro estorbar aquí, que no sé qué, que no sé cuánto... **Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

393

En la comuna de Maipú, el porcentaje de hogares con saneamiento deficitario es de 3,6% y el Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico es de 1,4%, Según la Ficha de Protección Social. (Ministerio de Desarrollo Social, cierre julio 2013)

Entre migrantes es posible observar una heterogeneidad en el tipo de vivienda. Si bien las condiciones de vida en general son precarias, existe entre los propios migrantes la percepción de que sus viviendas son más holgadas que las de los migrantes de otras comunas de la zona central de Chile. Se percibe entre la comunidad migrante, una gran heterogeneidad de oficios y profesiones como por ejemplo: dentista, ingeniero, estilista o contador, en Maipú al menos el 25% de la comunidad migrante tiene estudios superiores. (VISAS Y PD 2012).

En torno a las condiciones de vida y vivienda en particular; por una parte se escucha la versión que tienen **las autoridades** entrevistadas, mirada algo negativa:

Ahí (En relación a un sector puntual de Maipú) hay departamentos básicos donde también viven dos o tres familias... Entonces hay algunos que han logrado construir casas sólidas y otros no, y en ese sector si tenemos hacinamiento, entonces en general los extranjeros también cuando llegan están viviendo de allegados en algún lugar, tienen condiciones más precarias que el grueso de la población. **Entrevista 18, Mujer, Director de CESFAM, Noviembre 2014.**

Además con una, no se poh, con un territorio bastante amplio, en la comuna de Maipú. Sí y... y lo que... con lo que ello implica también, como de de, no se poh, de distancias y de hacinamiento en algunos casos. Como bien ehh compleja esta comuna la encuentro yo, ¿sí? Eso... **Entrevista 75, Mujer, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

Por otra parte, a juicio de los **trabajadores de salud** el hacinamiento y la pobreza no son la regla general en la comuna de Maipú y perciben que las familias tienen comodidades básicas en la vivienda:

Hay de todo un poco, porque hay como de precariedad, pero también hay otros que están mejor; entonces... Yo creo que como en general... igual que el chileno no más poh. El usuario que atendemos nosotros a diario acá, no es como que sea tanto, no es que sea como característica del migrante que viva en precariedad... **Entrevista 72, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

En relación a la calidad de la vivienda, un director de Centro de Salud, cuenta su experiencia al visitar en terreno un sector de la comuna de Maipú llamado Lo Errázuriz:

Me tocó por ejemplo ver en Errázuriz, igual nosotros pareciera que en Errázuriz vemos más inmigrantes que acá... Ese sector también es más o menos residencial entonces la gente... eehh y tampoco es tan caro, entonces, viviendas más bien básicas, pero no tanto! Entonces pueden... yo creo que es probable que puedan costearlos también, entonces vemos hartos inmigrantes y me tocaba ver por ejemplo, gente que no... tenía absoluto desconocimiento de cuáles eran los derechos por ejemplo de ellos o de la ficha de protección social **Entrevista 75, Mujer, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

Según la percepción del Director de Centro de Salud, las condiciones de las **viviendas visitadas no presentan en general hacinamiento:**

O sea, los que nosotros atendemos si bien son de estrato socioeconómico bajo, o medio bajo, no viven en hacinamiento ni mucho menos. Casa, que viven solos o con otra familia, pero no así como por ejemplo que yo te podría describir, acá esto es un cite donde vive mucha gente?... no! Nosotros teníamos una lista que tenía como identificado, ponte tu familia que vive en una casa, la otra arrienda en otro lado, cercano, pero viven así como solitos **Entrevista 75, Mujer, Director de Centro de Salud, Enero 2015.**

Por otra parte, al entrevistar migrantes en Maipú se aprecia que algunos llegaron a otra comuna previamente y luego se trasladaron a Maipú en busca de mejores condiciones de vida.

Por ejemplo un migrante ecuatoriano relata que la **vivienda en Maipú es mejor que en otras comunas:**

Imagínese, que hay inmigrantes en un cuartito usted antes dijo que hay personas que viven hasta 15 personas, 15 familias así metidos... Yo conozco a amigos peruanos que viven en cuartitos así, porque no tienen la comodidad para estar aparte. Por ejemplo yo aquí, yo con mi esposa vivimos dos y vive una señora no más... vivimos 3 personas... **Entrevista 88, Hombre, Migrante ecuatoriano, Junio 2015.**

Comparte esta mirada una mujer, migrante peruana que vivió al llegar a Chile en la comuna de Santiago y hace poco tiempo se mudó a Maipú. De alguna manera se refuerza la percepción de que **Santiago sería una comuna de llegada y Maipú de permanencia.** Ella relata dentro del Grupo Focal de Migrantes: que conviene más vivir en Maipú que en Santiago:

Yo no vivo aquí en Santiago centro (Actualmente), yo vivo en Maipú. Yo encuentro que nuestros mismos compatriotas han sido malas personas con nosotros mismos porque vienen como, yo sé, uno viene a otro país a superarse, yo sé a querer muchas cosas... pero si ven personas que de verdad vienen recién, como le vas a cobrar una cosa tan pequeñita y tan cara! **Entrevista 112, Grupo Focal, Septiembre 2015.**

394

En el Grupo Focal de la comuna de Santiago, aparece el tema de acceso a vivienda, precios, características de las comunas, entre los migrantes comienzan a entregarse datos y se genera un diálogo que revela **mejores opciones en otras comunas, entre ellas Maipú, como una alternativa a la condición de hacinamiento y arriendo costoso:**

Maipú, Puente Alto, La Florida, hay casas por buenos precios!... 2: Pueda que sí...es que sabes cuál es el problema, de repente uno tiene miedo ya le meten el cuco, a mí por ejemplo, yo quiero no sé, comprar una casita. Me dice, por Puente Alto, ni vayas porque hay pura gente así...entonces como me voy a comprar una casa!... 3: ¡Noo! Hay harto peruano en Puente Alto, sabes que yo estoy a punto de comprarme una casa porque postulé a un subsidio y me salió **Entrevista 112, Grupo Focal Migrantes de Santiago, Septiembre 2015.**

Otra faceta de la migración que impacta la vida diaria y la salud mental es la convivencia familiar. Son frecuentes las historias de **familias que por causas económicas, se ven divididas poniendo distancia entre sus miembros.** Las madres que **han dejado hijos en el país de origen** intentan mandar dinero mes a mes para mantenerlos:

Algunos testimonios **de remesas** se encuentran en Maipú; ante la pregunta:

Y tus niños? Los que están allá en Colombia, tú le tienes que mandar dinero a ellos, me imagino? E: Sí, sí hay que mandarles... De lo cual yo no estoy trabajando, no les he podido mandar... Qué vergüenza con mi papá, que es él, el que me está... ayudando allá... Entonces... **Entrevista 102, Mujer, Migrante colombiana, Agosto 2015.**

Usted envía algo de... eehh a su casa en Colombia?, ¿a su familia? P: Sí. A mi casa...! ¿Cuánto manda para su casa si es que me puede contar? P: \$40.000. **Entrevista 83, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

Le ayudo, aparte no tenemos casa... pero me siento tranquila porque no les falta la comida y si, por ejemplo, necesitan algo, en algún momento, iba a estar súper bien. **Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

También se encuentran en Maipú, mujeres jóvenes que **se dedican a la maternidad y crianza, como una opción de vida** frente a las dificultades de inserción laboral o educacional, por otra parte algunas tienen una situación económica media, ya que sus esposos son profesionales, como explica en este caso:

Decidí como entre comillas no perder tiempo y en vez de no poder trabajar, no poder estudiar y estar sola en casa, preferí ser mamá y así me salían los documentos y así nació mi hijo entonces no era una cosa como planificada pero bien, bien... I: O sea son chilenos?

P: Los dos, sí. Él tiene 10 años y yo tengo 12 años acá. **Entrevista 107, Mujer, Migrante ecuatoriana, Agosto 2015.**

En este caso el esposo es dentista, viven en un departamento con dos habitaciones y un baño, living comedor, cocina aparte. Ella hubiese querido estudiar algo en su país pero se casó joven y migraron a Chile, luego vinieron los hijos.

En el aspecto laboral, según la mirada de un trabajador de la salud, la **comuna de Maipú aporta a los migrantes algunas fuentes de trabajo que ahorran el desplazamiento** a Santiago:

El hecho de que existan tantos lugares como para vivir y para arrendar departamento y y todo ese tipo de cosa... hace también que los inmigrantes prefieran venirse para acá, además que también ehh... como comuna está digámoslo bien dotada en la parte comercial entonces por ahí ellos pueden hacer trabajos en retail, en los mall en los centros comerciaales... **Entrevista 8, Trabajador de Salud, Septiembre 2014.**

Varias autoridades de salud de la comuna coinciden con el trabajador de salud (Entrevista 8) en afirmar que Maipú entrega opciones laborales de diferente índole a los migrantes:

Tenemos cerca polígonos industriales. Entonces muchas veces ahí ya podemos estar hablando de una población que son extranjera, que está regular, que se consiguió un trabajo dentro de una industria, una empresa que se yo... aun cuando sea el a lo mejor el empleo más básico que pueda estar ejerciendo allí. Lo otro que también no podemos olvidar que también en Maipú tiene todavía zonas rurales entonces también llega población extranjera a trabajar como obrero rural en actividades agrícolas **Entrevista 92, Autoridad de Salud, Junio 2015.**

En algunos casos los **migrantes se encuentran sobrecalificados para las funciones que ejercen, debido a la ausencia de residencia** definitiva. Ejemplo de esta dificultad es relatado por una nutricionista del CESFAM:

Similar percepción describe un trabajador de salud de Maipú, dando cuenta del impacto emocional y la frustración de no poder ejercer un trabajo a la altura de la capacitación profesional que con esfuerzo se ha ganado:

Yo soy nutricionista, atiendo hartos pacientes extranjeros... Ecuador, Colombia, Nueva Zelanda; y muchos se vinieron a este país porque allá habían problemas sociales, de Venezuela o en Perú, porque aquí tenían mejores trabajos. Y algunos no tienen esos papeles legales y son profesionales y a veces trabajan.. Yo conozco el caso de una señora que vive en la casa de unos odontólogos y les hace de todo, o sea, como de nana... ehh y ella es profesional, y el esposo también. **Entrevista 72, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Diciembre 2014.**

Se han sentido ehh excluido socialmente o el mismo hecho de haber estudiado en su país, haber completado sus estudios formales y además haber estudiado por ejemplo un estudio técnico y el no poder ejercer eso que lograron allá en este país a ellos también les frustra mucho. Entonces tienen que acceder a trabajos menores, servicios generaaales eehh, en el comercio, trabajando como como garzones entonces es yo diría también que los frustra demasiado **Entrevista 8, Trabajador de salud, Septiembre 2014.**

Las **barreras para acceder a la permanencia definitiva** son una barrera para las condiciones laborales. De esto dan cuenta varios testimonios de migrantes que han sentido **vulnerados sus derechos laborales**: exceso de trabajo, no se les respetan los descansos, se les posterga la contratación, las vacaciones, etc. Frente a esto, quedan en situación de indefensión legal. Esta situación queda al descubierto mediante el relato de una mujer, migrante colombiana residente en Maipú:

A veces, no sé poh, que le da la pega, a veces quiere abusar de uno, más cargo, más trabajo por la misma plata, entonces si uno no quiere, ya pues, lo echan no más, entonces a veces, muchos de los colombianos o no sé u otros extranjeros, no te dan la definitiva por eso, pero ahora, con esto ya es mucho mejor porque uno puede trabajar con cualquier persona, lo importante es que le paguen sus imposiciones y ya el próximo año ya muchos vamos a postular a definitiva **Entrevista 102, Migrante colombiana, Agosto 2015.**

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

El eje fundamental de la vida de un migrante es su trabajo, de éste depende absolutamente todo, muchas veces al preguntarle Qué es estar saludable para Ud.? Responden: Es poder trabajar...

Dada la dimensión que alcanza este factor, **perder la salud es también perder el trabajo** y finalmente quedarse sin nada... Al costo emocional de quedarse sin trabajo y sin salud se agrega la **ausencia de redes** que puedan llevar a sobrellevar la situación.

En Maipú a diferencia de lo que ocurre en otras comunas, la población migrante parece estar territorialmente, bastante dispersa. Esta **situación dificulta la formación de redes u organizaciones sociales con los otros migrantes** y por otra parte la distancia por parte de los chilenos tampoco permite que se formen las redes de apoyo, fundamentales en situación de crisis, llámese pérdida de trabajo o de salud.

Tal es el caso de M, mujer de 37 años. Ella vino de Colombia con el novio, pronto se terminó esa relación. La situación de pérdida afectiva le generó mucha ansiedad y depresión. M comenzó a alimentarse mal, subió de peso y luego se le detectaron condiciones crónicas como Diabetes e Hipertensión Arterial. Con su esfuerzo y un gran apoyo desde el CESFAM y Hospital El Carmen de Maipú, ha ido saliendo adelante desde todos los puntos de vista.

M explica cuál fue la difícil experiencia de enfermar en Chile, asociándolo principalmente a la sensación de pérdida afectiva y sus consecuencias:

Cuando me vine, yo caí en una depresión como unos dos años. En la cual yo me refugié mucho en la mala comida... Entonces resulta que yo nunca le presté atención a eso yo, métale chorrillana, métale todas esas cuestiones. Y yo ya traía una enfermedad que es la hipertensión... Pero después de la Depresión, con toda esa mala comida, yo empecé a sentirme mal, mal, mal y ya, fui para el consultorio. Claro, ahí me detectaron que soy diabética... Entonces me costó entenderlo y claro, uno llora y se deprime y se siente mal pero, nada... Obviamente el consultorio, ¡Uf! Yo creo que me ha tenido mucha paciencia porque no les he sido fácil **Entrevista 83, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

Otra Migrante de origen colombiano que ya obtuvo su residencia y cuenta con número de RUT relata la experiencia que observó en un SAPU en relación con las **dificultades que existen para atender a personas que no tienen RUT:**

Llegó una chica que estaba, tenía mucho dolor de cabeza y por lo que noté, la chica no tenía documentos... Y la señorita le dijo ya sí, quien sigue, dijo así ¿no? Entonces le dijo ella, mire señorita lo que pasa es que tengo, me pasa esto, esto y lo otro. Eehh... tus papeles le dijo...No, lo que pasa es que yo no tengo documentos y yo quiero... Y le dijo: no... Aquí no atendemos sin papeles. Y entonces igual yo me sentí un poquito como, wow, o sea que una persona que no tiene un simple papel ¿la van a dejar morir?... Estuve allá y fue como una mala experiencia, porque dicen que no atienden a personas que no tengan documentos. Y casi en todos ocurre esto porque de hecho yo le pregunté a mi amiga, porque ese día andaba con mi amiga y me dijo que si, casi en todos pasaba lo mismo. Que personas cuando no tenían como, documentos, no las atendían. Eso...**Entrevista 85, Mujer, Migrante colombiana, Mayo 2015.**

En el ámbito de la salud laboral, una migrante ecuatoriana explica lo difícil que es tener un accidente laboral de trayecto en Chile, agravado por la **ausencia de un contrato** que regularice las condiciones laborales:

Mire, yo estaba ahí en el paradero y yo estaba esperando para irme a trabajar, entonces este auto estaba en investigaciones, pero ya esto se terminó porque como ya no hubo ni un arreglo de nada porque apareció el dueño del auto y este se le habían robado el auto al caballero, entonces el caballero no se hizo nada responsable nada de mí, todo corrió por mi cuenta...**Entrevista 87, Mujer, Migrante ecuatoriana, Junio 2015.**

Las dificultades de aceptación social por parte de la comunidad son un factor de riesgo importante cuando una situación sale fuera del escenario ideal en la vida. Por ejemplo, falta de salud, falta de trabajo, falta de redes sociales en el país que los recibe. En una de estas historias la clave para salir adelante fue justamente la ayuda de una persona de sus misma nacionalidad, su amiga; en otro caso el personal del CESFAM. En la última experiencia la falta de un contrato de trabajo regular y por ende de cobertura en caso de accidente generó una difícil situación de vida en la mujer ecuatoriana, poniendo en juego no sólo su salud física y su trabajo sino también su salud mental como producto de la situación.

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

Entrevista 83: M, migrante colombiana, es una mujer joven. Agradecida de Chile y de su ex-patrona que la trató de buena manera y le dio oportunidades de ir progresando, explica que ahora es su amiga. M tiene muchas capacidades que en Colombia no pudo desarrollar por falta de recursos, en Chile se esforzó en trabajar y estudiar. Logró sacar una carrera técnica. Actualmente trabaja en una oficina contable. La llegada a Chile fue una época difícil, principalmente por que rompió con su novio.

Pasó una etapa deprimida al inicio, porque ya no se podía volver y por el proceso de adaptación a la cultura de Chile. Tiene sólo amigas chilenas, no conoce migrantes en la comuna. Está agradecida del Centro de Salud y el Hospital. Menciona que la dificultad para conseguir horas de especialistas en los CESFAM es un punto a mejorar para todos.

Entrevista 85: L, Mujer migrante que trabaja en un local de comida rápida. Está bien en su trabajo, ha ido subiendo de puesto, ahora es supervisora. Agradece al dueño que confió en ella. Ha escuchado que a veces prefieren a los extranjeros porque son más trabajadores y esforzados. Su llegada a Chile fue traumática, se ha sentido observada y criticada por su color de piel oscura y su condición de migrante, en varias ocasiones. Estuvo inicialmente impresionada por la discriminación en las calles y transporte público.

Poco a poco se ha ido acostumbrando y ahora lo toma con otra filosofía, se considera hermosa y no va a dejar que los comentarios le bajen el ánimo. Ha tenido mala experiencia al ir al Hospital y al CESFAM. Dice que en su país los médicos atienden mejor, que preguntan más si entendió, si tiene dudas y que en Chile cuesta tanto conseguir hora al especialista que ha preferido atenderse particular en Maipú.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES DE MIGRANTES IDENTIFICADAS	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<p>Dificultad de acceso a salud para migrantes irregulares que no pertenecen a los grupos protegidos por convenios internacionales (Embarazadas y niños menores)</p> <p>Desconocimiento del número real de pacientes migrantes asignados a centros de salud, situación que impide el desarrollo de políticas dirigidas a problemas de salud específicos o grupos étnicos determinados.</p> <p>Falta de información multicultural suficiente en los trabajadores de la salud y de tipo práctica en los migrantes, quienes no conocen sus derechos en salud.</p> <p>Dificultad y tardanza para conseguir horas médicas de especialistas y mecanismos engorrosos y poco prácticos para conseguir horas de morbilidad, tanto para adultos como para niños.</p>	<p>Mejorar la información a nivel de soporte social de los Cesfam, hospital, municipalidad. Que provean al migrante una orientación que les permita insertarse en todos los ámbitos, entre ellos los programas de salud que les corresponden según edad, sexo, patología, etapa del ciclo vital y carencia de recursos socioeconómicos (Ser sujetos de una calificación de derechos)</p> <p>Favorecer espacios de intercambio cultural entre migrantes y chilenos en la instancia que significa el Cesfam como apoyo social, por ejemplo campañas educativas en salud que sirvan de incentivo a la integración, en ferias y muestras organizadas.</p> <p>Capacitar y sensibilizar a los trabajadores de la salud en competencia cultural para que dispongan de las herramientas con el fin de mejorar la comunicación y la atención de la población migrante, incluyendo formación e información.</p> <p>Mejorar el acceso a horas médicas de especialistas y destrabar el proceso de toma de horas en los Cesfam. Recomendación válida para otras comunas además de Maipú.</p>
Comunidad	<p>Falencia en normas de convivencia básicas dentro de la comunidad, como hacer uso respetuoso de espacios comunes y saludar</p> <p>Discriminación hacia la población migrante, principalmente por fenotipo</p> <p>Falta de integración entre chilenos y migrantes genera ausencia de redes de apoyo que potencien logros colectivos y mejoren la calidad de vida de la comuna</p>	<p>Fomentar la integración dentro de los habitantes de Maipú por medio de actividades comunales</p> <p>Sensibilizar sobre la experiencia de migrar y las dificultades que se presentan durante el camino a actores sociales municipales en principio e ir irradiando a la comunidad paulatinamente.</p> <p>Intervenir la discriminación en establecimientos educacionales inicialmente para prevenir en los jóvenes e irradiar hacia el resto de la familia y la sociedad una actitud de respeto hacia la población migrante</p>

<p>Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional</p>	<p>La información para regularizar la situación migratoria no se difunde de manera dirigida, muchos migrantes no saben como llevar a cabo el proceso</p> <p>Los distintos estamentos a nivel central hacen esfuerzos por medir, mejorar y difundir información sobre migrantes que no necesariamente están articulados entre ellos</p> <p>Trámites de regularización de la condición migratoria son complejos y lentos</p> <p>Migrantes desconocen sus derechos en Chile, acceder a esa información es por lo general producto de un “dato” entregado por otro migrante y no necesariamente a tiempo</p>	<p>Difusión de beneficios de regularizar situación migratoria, énfasis en salud y programas vinculados: embarazada, vacunas, control niño sano, urgencia, entre otros.</p> <p>Trabajar de manera articulada permite mejorar el registro y monitoreo de la información sanitaria disponible para el diseño de planes estratégicos de los problemas de salud de la población migrante.</p> <p>Articulación de equipos de salud con esferas estratégicas como educación, vivienda y desarrollo social que puedan generar avances de manera conjunta</p> <p>Fortalecer el aporte de consulados y embajadas de los países de origen de los migrantes, entregando información actualizada para migrar regularmente y realizando actividades concretas como talleres y trabajando de manera colaborativa con el gobierno de Chile.</p>
<p>Investigación</p>	<p>Ausencia de datos actualizados de cobertura y características sociodemográficas de la población migrante en los centros de salud.</p> <p>Desconocimiento de necesidades de salud, datos demográficos completos, perfil epidemiológico y cuál es la adaptación cultural que debe tenerse en cuenta para trabajar de manera adecuada con migrantes</p>	<p>Desarrollo de líneas colaborativas entre universidades que se encuentren estudiando los efectos de la migración y salud en Chile.</p>

8. Referencias

1. INE. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. In: DEIS, editor. 2016.
2. 2015 [cited 2015]. Available from: <http://www.municipalidadmaipu.cl/>
3. Maipú. Md. Atlas Comunal. 2015.
4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Reportes Comunales. 2013.
5. Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. Demográficas y Vitales, Productos Estadísticos 2015. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
6. Maipú. Md. SECPLA BLOGSPOT. 2015.
7. Chile. MdEd. Resultados PSU y SIMCE.
8. Chilean Ministry of Health. Indicadores de Salud Chile 2007 (Chilean health rates 2007). Departamento de Epidemiología [Internet]. 2007 10 August 2009. Available from: www.minsal.cl.
9. Departamento de Extranjería y Migración. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Visas solicitadas y otorgadas 2015. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/>
10. Departamento de Extranjería y Migración. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. : Ministerio del Interior. ; 2007 [cited 2008 November]. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/migraciones.pdf>
11. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Departamento de Extranjería y Migración 2014. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/>.
12. Ministerio de Desarrollo Social. Casen 2013. 2013.
13. Maipú. Md. Boletín Comunal de Maipú. 2015(Victimización ENUSC y casos policiales).
14. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores Básicos de Salud 2016.
15. Departamento de Información y Estadística en Salud D. Indidadores 2015. Available from: <http://www.deis.cl/>
16. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reportes Estadísticos y Comunales. 2013.

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Maipú Total: 24	Información Sociodemográfica
Autoridades de Salud o Locales 6 (4 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal)	Sexo: 4 mujeres, 2 hombres Rango de Edad: 28-51, Promedio: 40,33 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario 5 (1 grupo focal, 5 participantes)	Sexo: 5 mujeres Rango de Edad: 27-41, Promedio: 35,20 años
Migrantes, Total: 13 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 5 participantes)	Sexo: 6 mujeres, 7 hombres Rango de Edad: 20-57, Promedio: 35,38 años Nacionalidad: 1 haitiano, 5 peruanos, 3 colombianos y 4 ecuatorianos Años viviendo en Chile: 1-15, Promedio: 7,40 años

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Hospital Comunitario El Carmen de Maipú
Centro de Salud Familiar Clotario Blest
Centro de Salud Familiar Dr. Iván Insunza
Cetro de Salud Familiar José Eduardo Ahues Salamé
Centro Comunitario de Salud Familiar Bueras
Centro Comunitario de Salud Familiar El Abrazo
SAPU Bueras
SAPU Dra. Ana María Juricic
Consultorio Presidenta Michelle Bachelet
Consultorio Maipú
Centro Comunitario de Salud Familiar Europa
Centro Comunitario de Salud Familiar Futramapu

10. Acerca de los autores

Ana M McIntyre, MSc

Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

Email: ammcintyre@udd.cl

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.

Email: margaritabernales@udd.cl

Elizabeth Licanqueo, MSc

Ingeniera Agrónoma, Universidad de la Frontera, Temuco. Magíster en Planificación Integrada del Desarrollo Rural y Gestión del Medioambiental, Instituto Agronómico Mediterráneo de Zaragoza. Máster en Integración del Desarrollo Económico, Universidad Autónoma de Madrid. Diplomado en Derechos Indígenas y Conflictos Territoriales, Universidad Intercultural Indígena, Fondo Indígena. Diplomado en Salud Intercultural indígena, Universidad de Santiago-Conadi. Diplomado en Gestión del Trato al Usuario, Universidad Central-Minsal. Diplomado en Derechos lingüísticos y Culturales, Universidad de Chile. Diplomado en Género y Etnicidad, Planificación y Desarrollo, Universidad de Chile. Miembro Activo del Taller de Derechos Indígenas del Observatorio de Derechos Humanos. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Asesora Técnica en Equipo Técnico de Política de No Discriminación, Servicio Salud Metropolitano Central.

Referente de Participación Comunitaria, Hospital El Carmen, Maipú.

Email: elizabeth.licanqueo@redsalud.gov.cl



Capítulo 19

Estudio de Caso: Comuna de Santiago



Margarita Bernales, PhD

Docente Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

María Teresa Escobar, MD, MSc(c)

Directora de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago

Paz Bersano, MSc

Coordinadora Programa Inmigrantes, Dirección de Salud Ilustre Municipalidad de Santiago

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna de Santiago?

- La Comuna de Santiago es el centro cívico y cultural de la Región Metropolitana.
- La Comuna de Santiago presenta una diversidad poblacional que la enriquece culturalmente, considerando la constante afluencia de turistas extranjeros y población migrante que reside en la comuna.
- La Comuna cuenta con barrios históricos y residenciales en los cuales habitan un gran número de adultos mayores.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes aquí?

- A la presencia de población peruana y boliviana se ha sumado en los últimos años población proveniente de otros países de la región, especialmente de Colombia y Venezuela.
- En términos generales los/as inmigrantes viven en situación de mayor pobreza que la población nacional de la comuna, principalmente aquellos que están en el país en situación irregular. Usualmente, los migrantes internacionales al llegar a la comuna viven en espacios reducidos y compartidos por muchos habitantes.
- En relación a lo laboral, en términos generales la población inmigrante se concentra en el área servicios ería. Se percibe que migrantes tienen preparación para realizar tareas de nivel más complejo, pero la falta de inserción a todo nivel se los impide.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Trato y Convivencia: La convivencia entre la comunidad local y migrante internacional se convierte hoy en un desafío, ya que en muchas ocasiones la comunidad chilena se siente amenazada por los extranjeros en términos de perder sus derechos ya adquiridos, por ejemplo que ahora deban esperar más en el centro de salud debido al alto número de migrantes. Adicionalmente, la convivencia cotidiana que se genera al compartir espacios comunes suele ocasionar desencuentros que en ocasiones llevan a la violencia.
- Regulaciones mínimas en términos de vivienda: resulta necesario velar por las condiciones mínimas de vivienda que habitan algunas familias migrantes. El excesivo costo de los arriendos sumado a condiciones sanitarias mínimas sitúan en una situación de vulnerabilidad a muchos migrantes que habitan la Comuna.

d) **Palabras Clave:** Santiago, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud

2. Antecedentes Comunes

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Santiago está ubicada en la región Metropolitana, provincia de Santiago. Comprende un área de superficie de 22,4 km² (1). La población comunal es de 163.952 mil habitantes, con una densidad de 7.452,36 habitantes por km² (2).

La Comuna de Santiago comprende un eje de gran atracción turística, dada la presencia del casco histórico y el gran número de edificios gubernamentales y legislativos. Gran parte de las manifestaciones, marchas y protestas ciudadanas ocurren en Santiago, lo cual desafía a sus habitantes a convivir cotidianamente con eventos de carácter masivo que alteran el quehacer de la Comuna.

Si bien dentro de la página web de la municipalidad no se encuentra la visión ni la misión de la comuna, la alcaldesa Carolina Tohá comenta lo siguiente “Queremos desarrollar una gestión que enfrente con sabiduría y eficacia el cuidado del patrimonio, la seguridad ciudadana, el mejoramiento de la salud pública, y el de cuidado de un medio ambiente como se merece el centro de la capital” (1).

Historia

La comuna de Santiago nace el mismo día que la ciudad. Fue fundada el 12 de febrero de 1541. Alrededor de ella se ha ido construyendo las otras comunas que componen a la ciudad de Santiago. Se encuentra a los pies del cerro Santa Lucía y sus límites naturales son el Río Mapocho y Cañada.

Tras la Constitución de la República en 1810, Santiago pasa a ser la Capital y centro de funciones políticas y administrativas. Junto con el apogeo económico que se logró hubo un crecimiento vertiginoso de la ciudad por lo que sobrepasa sus límites. Con el pasar del tiempo se crean complejos recreativos en la periferia de la comuna, pero en su núcleo siguen desarrollándose las actividades comerciales, de negocios, servicio y equipamiento que satisfacen las necesidades de esta creciente población. Es así como se forma la estructura de la comuna: en la periferia se vive y en el centro se trabaja, estudia, compra y se negocia.

La comuna alberga importantes patrimonios culturales como lo son la Biblioteca Nacional, el Museo de Bellas Artes, el Congreso, la Estación Mapocho y Plaza de Armas (1).

Figura 1.

Mapa general de la comuna de Santiago, descripción espacial de su población total según datos censales 2002

Población total en Santiago por manzana censal



Rangos de población

1-200
201-400
401-600
601-800
801 y más

Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 2.

Mapa general de la comuna de Santiago, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002

Población inmigrante en Santiago por manzana censal



- Rangos de población**
- 1-15
 - 16-30
 - 31-45
 - 46 y más

Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

Descripción demográfica del colectivo de migrantes en Chile (2002-2012) (3)

A nivel de la comuna de Santiago, el año 2002, la cifra de migrantes era 12.293 (6% del total de población de la comuna) lo que al año 2012 alcanza casi el 13% del total de la población con 40.185 migrantes, del cual el 50,7% son mujeres y 48,22% hombres. Datos de la Policía de Investigaciones (PDI) para el año 2011 confirman que Santiago es la principal concentración comunal (seguido por Las Condes, Providencia, Recoleta, e Independencia). Entre 1992 y 2002, la población extranjera que más aumentó en la comuna fue aquella entre 14 a 29 años, seguida por la población entre 30 y 64 (15,6% y 9,7% medio anual, respectivamente). El periodo 2002-2012 plantea un aumento registrado en la población inmigrante menor a cinco años, grupo que varió en 229% (promedio anual de 12,6%, muy por encima de la tendencia del decenio anterior y que permitiría, eventualmente, establecer un punto de inflexión comunal).

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

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

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

Acceso a servicios básicos

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

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

Localización de la población Migrante

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

Salud Municipal

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

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

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

Para el año 2012 cerca del 11,7% de la población potencialmente demandante de los principales servicios de salud habría correspondido a población inmigrante. Las proyecciones propuestas estiman que al año 2018 el porcentaje de participación de la población inmigrante en las principales especialidades médicas ascendería a 15,4%.

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

En relación a las situaciones de vulnerabilidad presentes en la Comuna, se encuentran aquellas a asociadas a la vivienda, a la situación económica de algunos grupos y familias, y algunas problemáticas asociadas a la convivencia entre diferentes comunidades.

En relación a **habitabilidad y vivienda**, Santiago reúne dos tipos de realidades, **personas jóvenes o adultos mayores que viven solos o en parejas**, y otro grupo de personas que cohabita y comparte **espacios reducidos con un gran número de personas**. Los desafíos asociados al primer grupo tienen que ver con la conexión y amplitud de redes sociales, aquellos adultos mayores que viven solos son un foco de gran atención. En relación a los grupos que comparten espacios, entre ellos muchos pertenecientes a la comunidad migrante, los desafíos tienen que ver con **aspectos sanitarios**, especialmente propagación rápida de enfermedades, y con **aspectos sociales** vinculados al hacinamiento, por ejemplo violencia (3).

Respecto a la situación económica, muchos hogares viven con el ingreso mínimo para el grupo familiar (\$ 210.000), a lo cual se suma la situación económica de **adultos mayores que viven con pensiones mínimas**, las cuales en muchas ocasiones no son suficientes para alimentación y medicamentos. La comunidad migrante internacional presenta muchas veces situaciones de **inestabilidad laboral** e inestabilidad en los ingresos percibidos mensualmente (3).

Finalmente, en relación a la convivencia, Santiago registra situaciones de violencia asociadas a la convivencia en los barrios. Algunos vecinos que han vivido por décadas en la comuna se sienten amenazados por el creciente aumento de migrantes extranjeros, generándose muchas veces conflictos por las costumbres de estos últimos (3). Adicionalmente, Santiago es la Comuna de la Región Metropolitana en la cual se registra el mayor número de marchas y manifestaciones por partes de la comunidad (estudiantes, trabajadores, grupos minoritarios, entre otros); dichos eventos usualmente están relacionados con situaciones de violencia y destrozo al cuál están constantemente expuestos los vecinos de la Comuna (1).

De los hallazgos obtenidos en el proyecto FONDECYT 11130042, se detectan algunos fenómenos asociados a la vulnerabilidad socioeconómica presente en la comuna. Entre ellos se destacan algunas problemáticas asociadas a la **calidad de la vivienda**, situaciones de **extrema pobreza e indigencia**, y algunos fenómenos de **violencia** asociados a la convivencia entre vecinos.

Aquí hay un tema de narcotráfico, aquí a las ocho de la noche, cuando uno sale de la extensión horaria, acompañada, ojalá nadie solito, porque es otra realidad; usted ve en estos momentos, bonito, parque, juegos, tranquilo, pero se transforma en la noche ¿ya?. Hemos tenido balacera, así como muy, así como muy periferia, que podríamos verlo en los consultorios más del área Sur, aquí nos sucede en la noche, sobretodo en el invierno, que es más oscuro, ¿ya?. Bueno eso tenemos problemas, de adulto mayor, el tema de narcotráfico y lo que ha aumentado, que antes no era tanto o que tal vez lo están denunciando más, es el VIF, violencia intrafamiliar. **Entrevista 81, Autoridad de Salud, Mayo 2015**

El adulto mayor que habita la comuna conforma un grupo con altos niveles de vulnerabilidad tanto económica como social. En esta etapa de la vida muchas veces los ingresos se ven disminuidos, lo cual se suma a situaciones de salud deteriorada y en algunos casos una deficiente red de apoyo.

Aquí hay mucho adulto mayor... y adulto mayor, en cierta medida, sin red social. Vemos mucho abuelito sin ningún tipo de... algún familiar... amigos, están solitos, viven solitos y nos ha pasado ya, no este año, pero dos años atrás que hubieron por lo menos tres abuelitos que pasaron semanas y nadie se había dado cuenta que estaban fallecidos. ¿Ya?, entonces, no tienen red social, lamentablemente. Ya y claro y después la vecina que por uno, otro tema, que el olor, vinieron a dar cuenta, llamaron a carabineros y claro, ahí estaban. Pero fue como puntual hace como dos años atrás, que fueron como tres o cuatro abuelitos... **Entrevista 81, Autoridad de Salud, Mayo 2015**

En el caso particular de la comunidad migrante se destaca la situación de vulnerabilidad experimentada por aquellos que no tienen sus papeles en regla, lo cual desafía el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, en palabras de una de las participantes del estudio *“en este país sin rut tú no eres nadie”*.

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

La distribución del indicador de vulnerabilidad va en un rango de 0 (menos vulnerable) a 1 (mayor vulnerabilidad). El mapa muestra la distribución de vulnerabilidad considerando un índice de privación múltiple basado en 3 variables sociodemográficas: personas con discapacidad, personas desempleadas y personas que reportan bajo nivel de educación, para el año 2002, de acuerdo a la disponibilidad de datos del último censo oficial en Chile. Este indicador se calculó para la población total y para los inmigrantes internacionales. En ambos casos la escala de análisis es la manzana censal, correspondiente a la máxima desagregación territorial urbana y por ello nos permite realizar un análisis espacial de detalle.

El mapa de Distribución de vulnerabilidad en Santiago 2002, muestra niveles reducidos de vulnerabilidad en términos generales (intervalos en gama de verdes). Sin embargo, para el caso de la población total, aparecen manzanas aisladas a lo largo de la comuna con rangos de vulnerabilidad mayores (entre 0,25 y 0,75). El sector con mayor vulnerabilidad en este caso se encuentra en la zona sur de la comuna. En síntesis, el patrón espacial de distribución de vulnerabilidad en la comuna de Santiago es más bien disperso y aislado, con un predominio de rangos bajos de vulnerabilidad.

En cuanto a la vulnerabilidad de inmigrantes, aparece también un patrón espacial disperso en cuanto a distribución de vulnerabilidad, sin embargo hacia el sur de la comuna se comparte el mismo sector más vulnerable. Los rangos de vulnerabilidad son los mismos que se aprecian en el mapa de distribución de vulnerabilidad para la población general. Adicionalmente, si bien los rangos de mayor vulnerabilidad aparecen de forma aislada, aparece también una mixtura espacial particular en el caso del mapa de inmigrantes, cual es la proximidad entre manzanas con rango medio de vulnerabilidad (0,25-0,50) y manzanas con rango medio bajo de vulnerabilidad (hasta 0,25). Este tejido espacial se aprecia sobre todo en la zona centro norte de la comuna.

Sintetizando, en ambos mapas se aprecia un patrón de distribución de vulnerabilidad aislado y concentrado en ciertas manzanas específicas. En términos de proximidad espacial, en el caso de inmigrantes, aparece un patrón de proximidad entre manzanas con rango medio y medio bajo de vulnerabilidad, sobre todo hacia la zona centro norte de Santiago.

Figura 3.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Santiago respecto de su población total, datos censales 2002

Distribución de vulnerabilidad en Santiago 2002

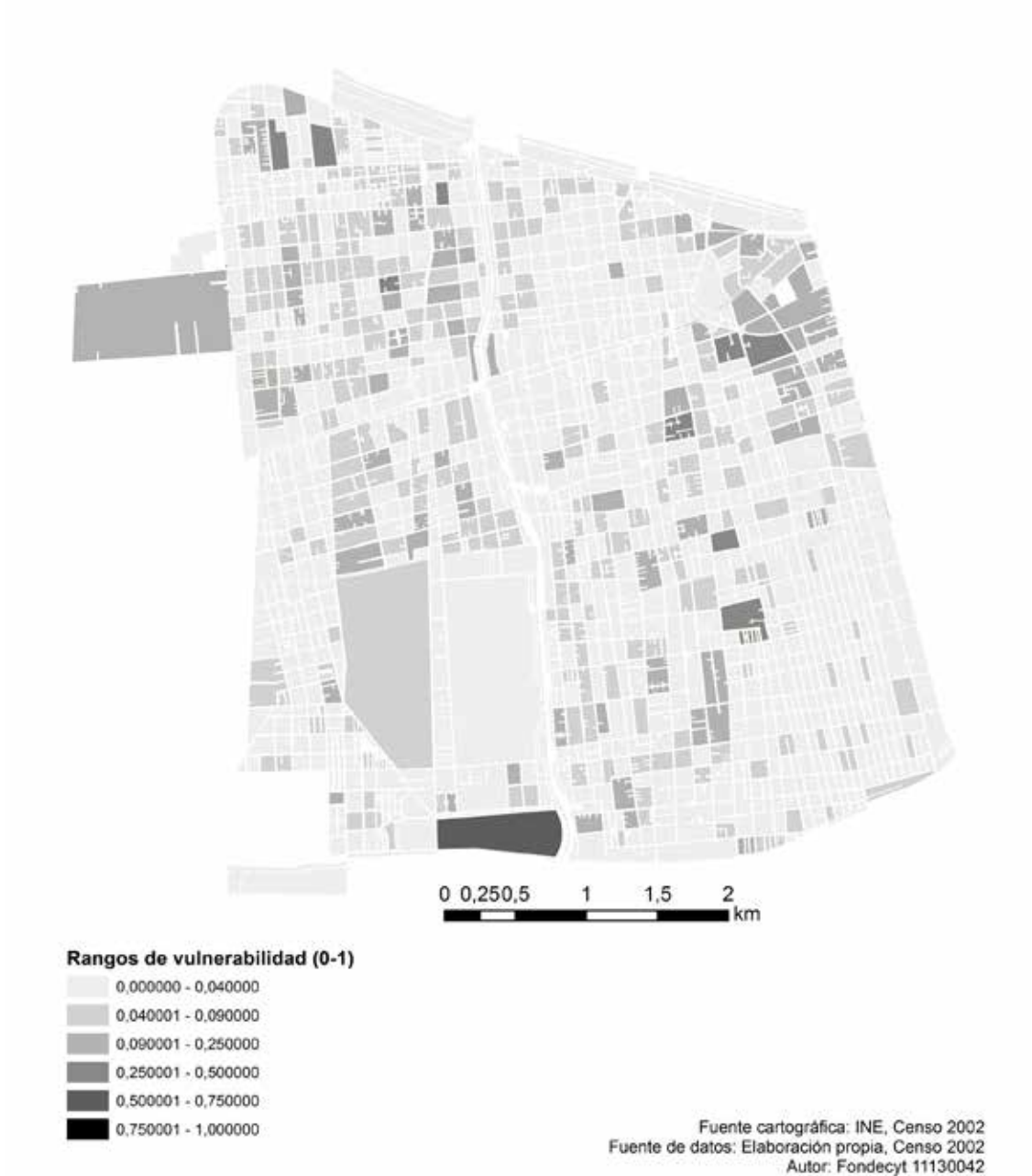


Figura 4.

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Santiago respecto de su población migrante internacional, datos censales 2002

Distribución de vulnerabilidad en inmigrantes Santiago 2002



Rangos de vulnerabilidad (0-1)

0,000000 - 0,040000
0,040001 - 0,090000
0,090001 - 0,250000
0,250001 - 0,500000
0,500001 - 0,750000
0,750001 - 1,000000

Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Elaboración propia, Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

4. La salud de la comuna

4.1. Descripción general de la salud de la comuna

Al igual que las principales problemáticas de salud registradas a nivel país, la Comuna de Santiago presenta altas tasas de enfermedades crónicas de salud y tasas de mortalidad asociadas en primer lugar a patologías cardiovasculares (4). La red de salud de la comuna de Santiago hasta el año 2015 estaba compuesta por 4 Centros de Salud Familiar, 12 estaciones médicas de barrio, una unidad de atención primaria oftalmológica, un centro de salud mental y un servicio de atención primaria de urgencias (5). El número de inscritos aprobados para ese año fueron 110.686 usuarios (58% mujeres), presentándose un aumento considerable de la población migrante inscrita que para ese año fueron 12.379 usuarios. Las principales metas sanitarias de la comuna se relacionan al control y monitoreo de condiciones crónicas de salud (diabetes e hipertensión), así como la atención a niños pequeños. La inmunización de la población y los programas de screening o detección temprana también se encuentran dentro de las prioridades sanitarias de la comuna. Cabe destacar que la Municipalidad de Santiago se encuentra actualmente realizando esfuerzos concretos para mejorar la cobertura y el acceso a salud de la población (3).

En relación a los hallazgos obtenidos en el proyecto FONDECYT 11130042, los participantes refieren que Santiago es una comuna en la que se destaca un gran número de personas de edad avanzada, que convive con **nuevos flujos poblacionales**, entre ellos los migrantes internacionales. Respecto a los desafíos asociados a la presencia de estos grupos poblacionales, destacan por un lado las condiciones crónicas de salud como un problema importante de las personas de edad avanzada, principalmente chilenos, y por otro lado todas las condiciones de salud asociadas a la comunidad migrante internacional, siendo un eje central en este grupo la salud de las **mujeres embarazadas y los niños**. El creciente oleaje de nuevas comunidades que habitan la comuna de Santiago y que requieren atención en salud, sumado a la necesidad de la población residente habitual, supone **nuevas exigencias en relación a infraestructura** y también a capital humano capacitado.

Nuestro principal problema para abordar hoy día es nuestra infraestructura que se ha quedado chica respecto a la cantidad de inscritos que van ingresando todos los días
Entrevista 11, Autoridad de Salud, Septiembre 2014

La población adulto mayor es muy exigente y vive hace muchos años en la comuna de siempre en la comuna y una población emergente compuesta básicamente por inmigrantes que partió en la zona norponiente, pero ya está llegando a todos los centros aumentando la población inscrita.
Entrevista 2, Autoridad de Salud, Julio 2014

Respecto a la salud de los adultos mayores que habitan la comuna, tal como se mencionó previamente, las condiciones crónicas de salud son las que prevalecen en esta población, lo cual exige una permanencia en programas de salud que los mantenga monitorizados en tanto el avance de sus patologías y adherencia a los tratamientos indicados. Esto supone un uso importante de los centros de salud primaria por parte de este grupo de pacientes, lo que en palabras de los trabajadores o funcionarios o trabajadores de salud se traduce en algunos desafíos, asociados a la alta demanda y también a la incorporación de este grupo en el uso de nuevas tecnologías.

El adulto mayor es en menor cantidad en nuestra pirámide poblacional, sin embargo, es el que más es un grupo poblacional que demanda más atención y para nosotros es un foco importante.
Entrevista 11, Autoridad de Salud, Septiembre 2014

Los adultos mayores están agresivos porque hora no consiguen lo que quieren, eso es lo que los tiene enfusado a todos. Y en la mayoría es porque quieren conseguir hora y no saben marcar el teléfono para llamar a las seis y media y llamar, pedir su hora. Entonces aquí es re fácil uno le dice ya llame a ese teléfono ¿a qué hora? A las seis y media y listo. Y después te vienen a retar porque te dicen pucha usted me dio este teléfono y no me puedo conseguir hora.
Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014

En relación a la salud de la comunidad migrante, los participantes del estudio relatan que gran parte de las necesidades en salud que surgen en este grupo están asociadas a sus condiciones de vida. En la sección “Enfermar en Chile” que se presenta más adelante en este capítulo, se expone una visión en mayor detalle de la salud de las comunidades migrantes extranjeras residentes en la Comuna de Santiago.

4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Figura 5.

Mapa de distribución espacial de servicios públicos de salud de la comuna de Santiago

Distribución de centros de salud en Santiago



Dependencia centros de salud

- ▲ IST
- Servicio
- ⊕ Municipal
- Privada
- Autogestionado (AU)
- Otros
- Privada

Fuente cartográfica: INE, Precenso 2011
Fuente de datos: Ministerio de Salud
Autor: Fondecyt 11130042

5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Usualmente, las personas que deciden venir a Chile los hacen en búsqueda de mejores condiciones de vida, en busca de un mejor trabajo, o en busca de poder ofrecer a sus familias y a sus hijos un “mejor futuro”. En general, al encontrarse en la zona central del país los migrantes internacionales **llegan a la Comuna de Santiago**, la cual cuenta con distintos servicios de acogida a este grupo.

Gran parte de los migrantes de la región pueden ingresar a nuestro país por pasos fronterizos establecidos, obteniendo **visa de turista**, la cual tiene una duración de tres meses. Algunos de ellos buscan la forma de poder regularizar sus documentos durante ese tiempo, mediante la obtención de un trabajo que les ofrezca contrato. Sin embargo, en la comuna de Santiago, al igual que en otras zonas, es posible encontrar personas que han ingresado a Chile a través de pasos ilegales, poniendo en riesgo sus vidas, y manteniéndose irregulares por mucho tiempo.

Resulta relevante destacar el arribo de familias venezolanas, quienes “escapan” de su país por la **crisis política y económica** en que se encuentra Venezuela. Muchos de ellos son profesionales que se vienen con algunos ahorros y que tienen el gran desafío de encontrar un trabajo que les permita permanecer en Chile e idealmente traer a sus familias.

Respecto a la situación familiar de la comunidad migrante, una de las principales problemáticas que afecta de manera especial a muchas mujeres de este grupo, es la necesidad de venir a nuestro país y dejar a sus hijos, o algunos de ellos, en su país de origen. Este situación no solo se presenta como un gran tema a nivel emocional, debido a no poder estar con sus hijos, sino que también se convierte en una gran presión de conseguir dinero “como sea” para poder enviar **remesas** a sus países de origen, llevándolas a **aceptar cualquier trabajo** y a vivir de forma bastante precaria para poder enviar dinero en forma periódica.

Es que ellos generan ingreso pero el ingreso no lo ocupan acá, lo mandan afuera. **Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014**

El **choque entre las culturas** es un fenómeno que existe no solo entre la población local y la migrante, sino que también entre comunidades migrantes residentes en nuestro país provenientes de diferentes países.

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

413

En relación a las condiciones de vida que experimenta la comunidad migrante en la comuna, destacan las precarias **condiciones de vivienda** en las que habitan algunas familias, generando problemáticas asociadas al hacinamiento y al elevado costo de los arriendos; los desafíos que presenta la **convivencia en la comunidad**, incluyendo conflictos entre comunidad local e inmigrante, pero también conflictos entre la propia comunidad migrante proveniente de diferentes países; y dificultades asociadas a la **inserción laboral** y las consecuencias familiares de mantener un trabajo, destacando particularmente la problemática asociada al **cuidado de los niños**.

En relación a las **condiciones de vivienda**, las problemáticas que surgen, pueden ser agrupadas en dos grandes categorías: condiciones de hacinamiento y elevado costo de arriendos en lugares que habitualmente no cumplen con las condiciones mínimas de higiene y seguridad. En palabras de trabajadores y autoridades de salud,

Mire, nosotros si vamos a un análisis sanitario de sus condiciones digamos de vida (toma aire) en lo más que nos llama la atención es el hacinamiento en que viven, viven generalmente siete en piezas mmm... muchas personas juntas, a veces comparten baño en algunos estudios locales que hemos hecho de con alumnas de la universidad, con grupos con estaciones médicas específicas que tienen mucha cantidad de población migrante (toma aire) es eh... que hemos entrado a conocer su vida, es su hábito de convivencia el hacinamiento... **Entrevista 11, Autoridad de Salud, Septiembre 2014**

Hay sistema eléctrico que son del terror, tú puedes pedir la cantidad de casas que se incendian, es impresionante. **Entrevista 2, Autoridad de Salud, Julio 2014**

El elevado costo de los arriendos es una situación identificada como un problema para la comunidad en general,

Cómo son las condiciones de vida, la vivienda para la gente extranjera?, ¿Cómo se vive?

R1: Muy mal. (Se discute entre todos, muy mal, sí)

R2: En primer lugar, empezando por los arriendos. El arriendo en Santiago es caro.

R3: Nosotros vivimos en una piccita así como esta y pagamos 165.000 (US\$240 aproximados), así como esta (3 x 3 m), así... **Grupo Focal Migrantes, Septiembre 2015**

Porque esto es usura al final, porque te ahorras 30 lucas por la mitad de este espacio, no dándole ninguna facilidad, no dándole baño, no dándole luz, ninguna seguridad, y te ganas fácilmente 2 millones, 3 millones mensual por el arriendo de una casa. **Entrevista 2, Autoridad de Salud, Julio 2014**

Respecto a la **convivencia en la comunidad**, algunos participantes del estudio relatan problemas de convivencia con la comunidad local y entre comunidades migrantes,

A estas dificultades de convivencia se suma el hecho de que para algunos residentes locales, la comunidad inmigrante les “quita” derechos y beneficios.

R: De repente a veces las bullas que hacen los vecinos (risas)

P: ¿Son muy bulliciosos? (risas)

R: Los colombianos!! ¡juy!, Les gusta la jarana!!

P: ¿Y ponen música o algo así?

R: Ponen música alta, qué más... hablan fuerte, hacen bulla, les gusta hacer bulla, bueno pero es su característica de ellos... Son más celebradores!! les gusta la fiesta... y ese es su chispa... digo... si es que usted va a conocer a un colombiano es por eso!! **Entrevista 91, Hombre, Migrante peruano, Junio 2015**

Lo que mucha gente discute aquí los pacientes, que claro que Fonasa es un fondo nacional que todos los que trabajan se les descuenta un porcentaje y a nosotros nos dicen: “a nosotros nos descuentan pa que ustedes nos atiendan y a los inmigrantes no poi” **Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014**

Están muy enojados (los vecinos) con los inmigrantes, por la convivencia, porque ellos viven acá entonces hay personas que han vivido toda una vida acá en Santiago Centro y tenían la tranquilidad de vivir en su casa tranquilamente y ahora dice que la bulla la fiesta se amanecen y... y hay mala convivencia entre ellos... no pueden salir hay asaltos, peleas... lo que pasa que ellos viven en otras condiciones que noo que el Chileno no está acostumbrado a ver, ellos por ejemplo uno mismo que sale a terreno, están en la calle comiendo afuera. Nosotros no estamos acostumbrado a eso... la fiesta la bulla todo eso... **Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014**

En lo que se refiere a la **convivencia entre las comunidades inmigrantes**, los participantes también plantean algunas problemáticas, rivalidades y roces:

Eso es un sufrimiento para uno, porque uno tiene que trabajar para el arriendo, el agua... La señora que nos arrienda es peruana... Es que eso es lo malo. Que yo encuentro que nuestros mismos compatriotas han sido malas personas con nosotros mismos porque vienen como, yo sé, uno viene a otro país a superarse, yo se a querer muchas cosas...pero si ven personas que de verdad vienen recién, como le vas a cobrar una cosa tan pequeñita y tan cara. Esto es grande, porque de verdad aquí hay unas cosas... pequeñitas, pequeñitas... **Grupo Focal Migrantes, Septiembre 2015**

Yo soy así bajo perfil me gusta trabajar en las callecitas chicas no me voy a estación central nada, calles buenas súper tranquilo, entonces hay gente, si vamos hablar de los inmigrantes eeh... frustradas que tratan de hacer sufrir a los demás porque ellos están sufriendo y a mi o eres nana o eres comerciante y en la calle hay egoísmo, la gente mata, por decir así algo extremo, para que tu no le hagas la competencia, ¡mucha competencia! **Entrevista 111, Mujer, Migrante peruana, Septiembre 2015**

En el **ámbito laboral**, los principales desafíos que se presentan son referentes a **malos tratos** por parte de algunos empleadores y la demora en la formalización de contratos y papeles. Respecto al primer punto señalado algunos participantes relatan:

Uno viene de frente a mandar plata a los hijos, yo soy una persona muy comprometida con mi trabajo me gusta hacer las cosas bien, eeh... tengo mucha determinación no necesito que me estén diciendo las cosas, me gusta la casa, no soy callejera toda la vida me ha gustado estar dentro de la casa pero lo que si no me gusta es el abuso. O sea la persona que se deja abusar es porque ella lo permite entonces eh... tienen la idea de que por el hecho de ser peruana ya uno tiene toda la energía del mundo, tiene la vitalidad y dale que te dale y la primera en la mañana y la última en acostarse, todo el día dale que dale, no te consideran descanso, intermedio, le suman un abuso terrible... **Entrevista 111, Mujer, Migrante peruana, Septiembre 2015**

Había una señora que era muy racista, muy racista, entonces eeh siempre me pedía todo con desprecio y era...y bueno, yo sólo me aguantaba pues hasta que me retiré. Después cuando trabajé como maestra, eehh yo creo que les afecta igual que una extranjera, una peruana, entre comillas, este...les enseñé, porque yo creo que la enseñanza viene desde el hogar. Habían niños que venían, igual eran agresivos conmigo, eran muy agresivos y mandaban este, indirectas a la maestra, entonces tuve que superar todo eso, a mi me costó mucho tener que superar y de repente ponerme...ser casi dura con ellos porque el ser peruana, este...el ser maestra en Perú, es diferente aquí, porque allá respetan a los profesores, allá el profesor tiene la autoridad y generalmente los padres les entregan a sus hijos y les dicen usted corríjame a mi hijo. Pero acá no, acá si un maestro corrige al niño, viene al día siguiente la mamá y poco más y te pega. Entonces no...los profesores aquí no tiene autoridad sobre los niños y ellos hacen lo que quieren los niños. Y sí, he tenido...pero ya he aprendido a superar todo eso y he aprendido a superar toda esa situación. **Grupo Focal Migrantes, Septiembre 2015**

En relación a la **formalización de contratos** lo participantes refieren algunas experiencias:

Pero mira... me dijo yo te hago un contrato. Dijo en un tiempo más estás ganando 300 mil pesos, y yo antes de comenzar le dije, usted me paga los 300 mil y me hace contrato y yo me quedo. Si no el vuelo yo no lo pierdo, con ese compromiso si puedo quedarme, pensó vio el calendario, ya dijo, desde mañana trabajas, te pago los 300 y te hago el contrato, pero más me dedique a trabajar y que el contrato no me quería hacer (risas) faltando dos días para que se venza mi visa, me hizo el contrato y duró bastante tiempo, casi a los 8 meses me llegó mi carnet, y después estuve así, no me quería imponer, pensé en regresar vuelta a Perú...ya no, no quiero estar acá. **Grupo Focal Migrantes, Septiembre 2015**

Lo que pasa que en ese momento era porque como eeh, no tenía la cedula, porque yo empecé a trabajar y el caballero no me hizo contrato, y para tener tu primera cedula tienes que tener un contrato de trabajo que mínimo tienes que tener más de un año en la primera y después entonces yo en ese momento no tenía la estabilidad de alguien que me hiciera un contrato para poder tener mi cedula y ahí tenía que trabajar con, tenía que tener la, la como es que se llama la?, ese pasaporte después yo ya me, por medio de un amigo Chileno el me, me hizo un contrato de trabajo y gracias a él pude tener mi RUT. **Entrevista 13, Mujer Migrante ecuatoriana, Octubre 2014**

Algunos entrevistados refieren que la esfera laboral y la ocupación es una gran preocupación para ellos, ya que hay muchas familias que tienen el desafío de enviar **remesas** o dinero a los familiares que quedaron en el país de origen para poder ayudarlos

El inmigrante que llega acá viene buscando las mejores condiciones, las mejores condiciones para ellos es mandar el dinero a su país, entonces ellos tratan de vivir de la manera más precaria lo más austera y vivir hacinados... para ellos también no es gracias vivir así, ellos no son felices así **Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014**

Algunos participantes identifican que la presión por conseguir y mantener un buen trabajo, muchas veces se convierte en una amenaza para la propia salud:

La mayoría no, son poco la gente. La mayoría de los extranjeros vienen y se ponen a trabajar... y esa es su preocupación de ellos, de que puedan trabajar no más, no la salud. Mayormente al poder estar en un país tratan de buscar dinero para poder enviar, que los suyos allá en el otro país donde ellos vivían estén bien y mejor que ellos. Esa es nuestra principal preocupación. Pero a los que se vienen y por ejemplo si son padres y dejan a sus hijos allá, esa es la preocupación para ellos, eso les afecta. **Entrevista 91, Hombre, Migrante peruano, Junio 2015**

Estuve un tiempo que estaba bien estresada, eem... lo que pasa es que a mi marido a mi pareja bueno mi pareja el, él una casera mismo le ofreció un restaurant entonces ahí nosotros vendíamos colaciones entonces yo de lunes a viernes trabajaba allá y sábado y domingo acá, entonces eso como que me colapsó y me pasó la cuenta y estaba ya eem no se gritaba eeh, estaba como en desesperación, pasaba llorando, pasaba llorando, ahí fue cuando vi que estaba muy colapsada, pasaba con mucho dolor de cabeza y todo y ahí yo una vez deje todo... **Entrevista 13, Mujer, Migrante ecuatoriana, Octubre 2014**

Finalmente en relación a la experiencia de **niños migrantes**, existen problemáticas asociadas al cuidado de los niños pequeños mientras los padres trabajan, niños que no logran adaptarse y deben consultar por temáticas relacionadas a salud mental en los centros de salud, y niños que por diversas razones deben quedarse en su país de origen no pudiendo tener contacto directo con sus padres:

Yo la otra vez hablaba con una paciente y me decía que ella tenía que dejar su hija en el jardín, si es que la aceptaban también en el jardín porque hay que postular. Y ella trabajaba de domingo a domingo entonces ellos también no se sienten cómodos... En temas de salud mental, yo me he fijado más a salud mental en la adolescencia, llegan muchos niños, niños peruanos a la psicóloga... yo no se si es una parte como la dinámica que tienen ellos como la estructura familiar, pero los mandan mucho a la psicóloga... es que es un problema de adaptación al sistema de acá, es todo un cambio porque está el hijo a la mamá y al final todos en tratamiento. **Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014**

Por eso es bien psicológico, 8 años que no veo a mis hijos, eso o sea... por lo que me dicen están sanos y siempre trato de controlarlos o sea de que vayan al dentista que se cuiden siempre a un control no siempre lo puedo hacer como debe ser por el tiempo no, pero cada vez que puedo les digo que se hagan un chequeo, eso **Entrevista 111, Mujer, Migrante peruana, Septiembre 2015**

Las situaciones antes descritas se convierten en desafíos cotidianos para la comunidad migrante, y en un foco de atención concreto por parte de profesionales de la salud y otras áreas para tomar en cuenta en cualquier intervención orientada a esta comunidad.

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

Respecto a las experiencias relacionadas al proceso de salud y enfermedad de la comunidad migrante, surgen al menos cuatro temáticas centrales que dan cuenta de la complejidad del fenómeno: (1) **Estrategias de afrontamiento** frente a la enfermedad, (2) Experiencias relacionadas al **acceso**, (3) Experiencias y **flujo entre atención primaria y secundaria**, y (4) Necesidad de diseñar **estrategias que sean culturalmente pertinentes** a la comunidad migrante.

En relación a las **estrategias de afrontamiento** frente a situaciones de enfermedad, el primer intento es abordar de forma “casera” cualquier sintomatología.

Claro, depende porque si me siento resfriado, si me siento con algún dolor, tomo pastillas o mm eso es como auto medicarse (risa) Pero si son cosas que de repente uno piensa que tomando un paracetamol o una pastilla se le va a pasar. **Entrevista 84, Hombre, Migrante colombiano, Mayo 2015**

La mayoría de las veces me quedo en casa y trato mi dolor. Ya me conozco qué tipo de dolores tengo así que... **Entrevista 91, Hombre, Migrante peruano, Junio 2015**

En caso de que las molestias sean muy disruptivas o permanezcan en el tiempo, muchos participantes declaran intentos de resolver los problemas de salud a través de la **farmacia de barrio**, lugar en el cual depositan gran confianza.

A otras atenciones de salud como el Dr. Simi, ¿tú vas?

Si hemos ido en varias ocasiones...

¿y qué tal eso?

Bien. Si me ha resultado igual. A veces por el... el tiempo hemos ido ahí. (Pausa) Cuando ha habido un poquito más de recurso hemos ido al doctor. Porque el consultorio es un poquito, o sea, tenemos que ir prácticamente a las 5 de la mañana o a las 6 a sacar hora, la fila y todo eso...

¿Y el doctor Simi cómo atiende?

Ahí vamos por orden de llegada... o sea gente que va sale rápido. Si llegó pero sale rápido. Y por orden de llegada eehh uno se atiende. Y sí, sí... la medicina es buena, te lo dan y todo eso...

Entrevista 14, Mujer, Migrante peruana, Octubre 2014

Claro si los lunes son gratis (Farmacia Dr Simi), no sé si a esta hora pero los domingos son \$2.000, \$2.500 no mas y ya está. Por lo menos te apalea la situación **Entrevista 111, Mujer, Migrante peruana, Septiembre 2015**

En relación a **acceso** al sistema de salud formal, los participantes del estudio relatan diversas experiencias que dan cuenta de un acceso que en muchas ocasiones es expedito y en otras dan cuenta de algunas dificultades, incluyendo problemáticas relacionadas al trato,

En lo que respecta al tratamiento de medicina, puedo decir que me han tratado maravillosamente bien porque desde el primer momento porque yo de Perú ya venía ya, como se dice...de un accidente que tuve, tengo la columna mal, tengo unas cavidades huecas y entonces yo traje todos mis papeles y todo y un día me sentí mal y vine y pregunté si me podían atender ahí y me dijeron que sí, me inscribí, no me hicieron ningún problema, me dijeron que con quien vivía, con mi hija, entonces me pidieron todos mis documentos y me he estado atendiendo hasta ahorita en este CESFAM y nunca he tenido problemas, me dan mis medicinas mensualmente, todo lo que necesito pues, para vivir, para hipertensión, para el corazón y así sucesivamente para todo...y ahora que se me rompió la muelita, me la tuvieron que sacar ya definitivamente, y ya con eso... **Grupo Focal Migrantes, Septiembre 2015**

Si, bien bien porque me pasaron una hoja que tenía que llenarla porque de ahí como no tenía en ese momento la cedula, me dijeron ya con él con él, como se llama? ¿Con él?...cuando uno viaja el pasaporte, entonces con el pasaporte después de venirse a inscribir igual y verdad y así lo hice pues, con el número del pasaporte me dieron una hoja para que la llenara y después me dieron hora con la asistente social y la atención fue rápida porque cuando se dieron que de que yo estaba embarazada me en el primer en la primera esta, me dieron consulta y me dieron leche y todo y buena la atención (...) yo creo que depende también las personas, porque hay personas que son amables que te atienden bien y hay otras que son pesadas así, yo creo que dependiendo la persona porque si hay igual personas que son muy pesados. **Entrevista 13, Mujer, Migrante ecuatoriana, Octubre 2014**

De acuerdo a la opinión de algunos trabajadores de la salud, aún persisten algunas problemáticas asociadas al acceso de la comunidad migrante al sistema de salud formal, sobre todo en los casos en que **no cuentan con número de cedula de identidad**. Sin embargo, de acuerdo con las opiniones de los participantes, el personal de salud ya está informado de la importancia de facilitar el acceso a salud de la comunidad migrante, priorizando algunos grupos,

Todo usuario necesita una atención médica, lo que sea, tiene que estar inscrito primero en la parte de registro electrónico y para la parte de pasaporte y todo lo demás, tienen un sistema especial, entonces sí o sí tienen que saber cómo ingresar a una persona que está embarazada o que tiene patología AUGÉ, entonces y se ha informado, se han hecho y se ha dicho cuando llegó un decreto a nivel de FONASA, que se tenían que ver los extranjeros, los menores de dieciocho años, las embarazadas y todos lo demás, lo primero que se hizo, a cada funcionario una copia y léalo, y no se puede discriminar y no se puede rechazar a ningún paciente de estas características **Entrevista 81, Autoridad de Salud, Mayo 2015**

En este contexto, surge también la inquietud por parte de algunos trabajadores de la salud respecto al trato que ellos reciben por parte de la población en general, y de la comunidad migrante en particular. Algunos de ellos declaran que algunos miembros de la comunidad migrante se han mostrado agresivos en ciertas situaciones, exigiendo de "mala manera" algunos de sus derechos en relación al acceso,

¿Ustedes creen que ha ido cambiando el tipo de inmigrante?

P: si, de todas maneras... porque antes llegaban: Buenos días... Buenas tardes... Ahora no! Llegan agresivos: te suben, te bajan, te amenazan... ya? O sea...

P: Yo sé que esto me corresponde y si tu no me atiendes no me inscribes yo subo y te acuso, esas han sido palabras que me han dicho a mi o otros compañeros que estamos atendiendo.

Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014

Una vez que han logrado acceder a la atención en salud, la comunidad migrante se enfrenta a nuevos desafíos, entre ellos las dificultades de flujo entre **atención primaria y secundaria**,

A ver, nosotros no les ponemos ningún límite para que no acudan, aparte de respetar el tratado de la OIT respecto a atender a los menores de 18 años, embarazadas y urgencias, nosotros no colocamos restricciones de acceso. Si los coloca el hospital, el hospital les cobra. Ahora... para nosotros es un desfinanciamiento, ya que, no pagan a las personas sin Rut; Afortunadamente, Fonasa actual nos mandó un instructivo comunicando que los inmigrantes sin RUT pueden hacer un trámite en Fonasa y podremos recibir un per cápita por ellos. Super buena noticia (...) El otro día me encontré con una Señora, afortunadamente solucionó su problema, con insuficiencia renal crónica, necesitaba diálisis, llegaba acá, necesitaba la diálisis y cada vez que iba a la posta y se lo cobraban y ella no tenía ni una capacidad de pagar nada; se hizo un fast track de vía de... para acceder al Rut y ahí se consiguió y entró al programa de diálisis, pero venía para acá y para mi era como impactante. O también chicos con SIDA que no pueden ingresar al tratamiento porque tampoco tienen sus papeles al día. Esas cosas se dan... **Entrevista 2, Autoridad de Salud, Julio 2014**

De acuerdo con algunos participantes, perciben que muchas veces la agilidad con la cual los migrantes internacionales reciben atención en el servicio secundario de salud se debe a **voluntades personales** de los mismos trabajadores de la salud de ambos niveles, es decir, hasta qué punto se involucra el profesional de atención primaria y cuánto se compromete quien recibe en secundaria, muchas veces diluyéndose la responsabilidad en este flujo de atención.

Finalmente, respecto al diseño e implementación de estrategias e intervenciones en salud, de acuerdo a los relatos de los participantes, emerge la necesidad implícita de contar con herramientas que permitan a los trabajadores de la salud entregar una **atención culturalmente pertinente y sensible** a las necesidades de la comunidad migrante,

Es complicado, no es fácil trabajar con inmigrantes, porque no sé si nosotros usamos mucho modismo al expresarnos, tenemos mucho lenguaje propio nuestro que uno por ejemplo explica, bueno nosotros somos de vacunatorio uno explica cosas como más técnicas, mas deeee no sé de qué le va a pasar, que va a tener fiebre va a tener no se alguna reacción y ellos no entienden lo que yo les estoy diciendo, entonces a uno que atiende como bastante gente, no son los únicos yo no me puedo tomar todo el tiempo del mundo para explicarle a una persona 3, 4, 5 veces lo mismo... entonces nosotros... **Grupo Focal Trabajadores de Salud, Octubre 2014**

Estoy trabajando en capacitar a los equipos o estoy pidiendo fondos para capacitar a los equipos para manejo de patologías propias del inmigrante un poco más específica, para que se puedan formar en eso. (silencio) Eeehhh... Incluirlos más en todo lo que es las organizaciones del consejo del desarrollo local, que puedan incorporarse, que puedan estar ahí, que nosotros sepamos cuales son los problemas que están dándose con mayor facilidad. Yo te digo uno es capacitar a los equipos desde la parte inmunológica, la parte de salud mental, de la parte de enfermedades digamos que nosotros no manejamos como también prepararlos sanitariamente en eso y tener como capacidad de análisis y de llegada. **Entrevista 2, Autoridad de Salud, Julio 2014**

La entrega de herramientas en competencia cultural en salud en el contexto de las necesidades habituales de la comunidad migrante pudiera beneficiar no solo a este grupo, sino también a los trabajadores de la salud quienes podrían tener más herramientas para enfrentar a la cambiante población que enfrentan a diario.

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

Mujer Ecuatoriana, lleva 10 años en Chile, todo el tiempo en Santiago Centro, vino en busca de trabajo. Tenía primas en el país y habían tenido una buena experiencia. Comenzó trabajando como garzona en una schopería y luego haciendo aseo en una casa. Cuenta que tuvo un periodo muy difícil al comienzo, estaba estresada por la cantidad de trabajo -trabajaba de lunes a domingo- estaba cansada y lloraba por todo, buscó ayuda en el consultorio y le dieron unas "*pastillas para no llorar tanto*". Al poco tiempo de estar en Chile encontró una pareja y quedó embarazada, relata que si bien recibió atención adecuada por parte del sistema de salud, se sintió muy sola durante todo el proceso, ya que su pareja trabajaba y su red de apoyo era escasa. El proceso de migración ha estado marcado por la presión de mantener un trabajo, generar recursos y por la sensación de soledad de estar en un país donde no está toda su familia. Ante la pregunta: ¿Cómo te sientes hoy en Chile? Ella responde "*me siento tranquila eeh, porque tengo igual a mis dos niñas y estoy luchando por ellas dos...*"

Hombre peruano, tiene esposa y tres hijos, trabaja en lavado de autos. Era zapatero en Trujillo (Perú), Mes a mes se veía obligado a pagar a delincuentes organizados para que no lo asaltaran. Un día salió y al volver su casa estaba vacía, le robaron todas las máquinas y materiales para fabricar zapatos.

A partir de esta dolorosa situación, su familia decidió venirse a Chile.

Su esposa llegó siete meses antes y luego, él con sus 3 hijos.

Ella va con los niños al Dr. Simi, no los lleva al CESFAM. El participante explica con humor cómo funcionaría el sistema de atención; usa un fonendoscopio, pregunta por los síntomas a los pacientes y luego los escribe en *youtube*. En base a esto les daría las indicaciones, luego su esposa compra los medicamentos.

Señala que la principal necesidad para los migrantes es la vivienda. A los que tienen niños nadie les quiere arrendar. Ha observado discriminación hacia la comunidad migrante y eso le ha afectado en sus lugares de trabajo y en la convivencia con otras comunidades.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<p>Capacitación y sensibilización en Competencia Cultural</p> <p>Flujo de información y coordinación entre niveles</p> <p>Registro y monitoreo de la población inmigrante</p>	<p>Generar instancias de capacitación para los equipos de salud tanto a nivel primario, como secundario y terciario, en temáticas de salud y migración, necesidades en salud de población extranjera, así como buen trato, incorporando un enfoque de pertinencia y competencia cultural.</p> <p>Facilitar el trabajo intrasectorial en materia de salud de población inmigrante entre los distintos niveles en salud, facilitando principalmente el flujo de información y trabajo coordinado entre atención primaria, y secundaria y terciaria.</p> <p>Establecer mecanismos efectivos de registro y monitoreo de la población inmigrante en el sistema de salud, tanto si poseen como si no poseen RUT. Compartir dichos registros y monitoreos entre los distintos niveles de atención en salud. Dimensiones a incorporar: incluir status migratorio y nacionalidad en todos los registros clínicos (pertinencia cultural: indicadores: status migratorio, pertenencia étnica y género).</p>
Comunidad	<p>Participación comunitaria</p> <p>Mitigar el hacinamiento y malas condiciones de vida de los inmigrantes</p>	<p>Generar instancias de participación comunitaria que incorpore a la comunidad en su conjunto, facilitando espacios de encuentro y diálogo que permitan a las diversas poblaciones conocerse y, de esa manera, establecer vínculos que aminoren las tensiones y conflictos.</p> <p>Generar estrategias que permitan el monitoreo y manejo en cuanto a condiciones mínimas de vivienda habitadas por la comunidad migrante, sancionando a aquellos propietarios que cometan abusos en términos de cobros excesivos o malas condiciones de habitabilidad.</p>
Programas y Políticas Públicas	<p>Generar debate en torno a las necesidades de salud específicas de la población inmigrante</p> <p>Generar programas y políticas de protección laboral para inmigrantes</p>	<p>Instalar programas de salud de inmigrantes en todos los niveles de salud y en todos los sectores. De este modo, cada centro de atención primaria debiera contar con un programa específico de acceso a salud para el migrante alineado con la política de salud nacional.</p> <p>Debatir en torno a necesidades de salud específicas que la población inmigrante que se pueda sumar a los esfuerzos institucionales en esta materia.</p> <p>Facilitar la atención de salud de migrantes en situación irregular tanto en atención primaria como secundaria y terciaria.</p> <p>Generar programas de trabajo y vivienda específicos para población migrante con el fin de mejorar las condiciones de vida y laborales de esta población.</p> <p>Programas de protección a los que trabajan irregularmente.</p>
Investigación	<p>Colaboración entre instituciones en materia de investigación</p> <p>Conocer los vacíos de conocimientos respecto a la población inmigrante de la comuna</p>	<p>Generar líneas colaborativas de investigación entre instituciones que realizan investigación en esta materia</p> <p>Indagar en los vacíos de conocimiento que existen respecto a la salud de la población inmigrante de la comuna para con ello generar un mapa local con el cual buscar soluciones. Dejar preguntas abiertas para lo local.</p>

8. Referencias

1. Municipalidad de Santiago. Información de la Comuna. 2016.
2. Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. Demográficas y Vitales, Productos Estadísticos 2015. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
3. Arriagada C, Cortínez JM. Santiago lugar de encuentro: Ilustre Municipalidad de Santiago; 2015.
4. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores Básicos de Salud 2016.
5. Municipalidad de Santiago. Dirección de Salud. Cuenta Pública. 2015.

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Santiago Total: 24	Información Sociodemográfica
Autoridades de Salud o Locales 3 (3 entrevistas individuales)	Sexo: 3 mujeres Rango de Edad: 36-51, Promedio: 43,33 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario 7 (1 grupo focal, 7 participantes)	Sexo: 7 mujeres Rango de Edad: 35-51, Promedio: 45,14 años
Migrantes, Total: 14 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 6 participantes)	Sexo: 8 mujeres, 6 hombres Rango de Edad: 21-69, Promedio: 41 años Nacionalidad: 8 peruanos, 1 colombiano, 4 ecuatorianos y 1 haitiano Años viviendo en Chile: 2-13, Promedio: 6,25 años

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial

Hospital Instituto Traumatológico Dr. Theodoro Gebauer

Hospital San Juan de Dios

Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko

Centro de Salud Familiar Padre Orellana

Centro de Salud Familiar Benjamín Viel

Centro de Salud Familiar Arauco

Estaciones Médica de Barrio, EMB (12)

Centro de Salud Mental, COSAM

Unidad de Atención Primaria Oftalmológica, UAPO

Servicio de Atención Primaria de Urgencias, SAPU

Consultorio N°5 Unión Americana

Consultorio San Vicente, Ex Santiago Watts

10. Acerca de los autores

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.

Email: margaritabernal@udd.cl

María Teresa Escobar, MD, MSc (c)

Médico Cirujano y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Chile. Candidata a Magíster en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago. Áreas de desarrollo Promoción de la Salud con enfoque intersectorial, y Mejoramiento al Acceso a la Salud con enfoque de Derecho y Equidad.

Email: direcciondesalud@saludstgo.cl

Paz Bersano. MSc

Nutricionista y Magíster en Salud Pública Universidad Mayor, Coordinadora Programa Migrantes y Pueblos Originarios Dirección de Salud Municipalidad de Santiago, Docente post grado Universidad Mayor, Trabajo colaborativo con Universidad de Chile y Departamento Extranjería (capacitaciones a funcionarios en temas de Migración), Nutricionista Clínica Estaciones Médicas de Barrio.

Email: pbersano@saludstgo.cl



Capítulo 20

Estudio de Caso: Comuna de Independencia



Macarena Chepo, MSc(c)

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Ana M McIntyre, MSc

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Carlos Muñoz R.

Encargado de implementación de estrategias e integración social de personas migrantes de la comuna de Independencia.

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna de Independencia?

- Independencia tiene un componente de identidad histórico asociado de alguna manera a la exclusión, donde el río Mapocho actuaría como una frontera natural, alejando a la comuna del resto de la provincia.
- Su principal fuente productiva es el comercio, proveniente principalmente del sector de bodegaje de la Vega Central, el cual se compone de la venta de productos frescos. Además, destaca el desarrollo de la pequeña y mediana industria, especialmente el área textil (barrio de telas) y metalmecánico.
- Actualmente Independencia se encuentra transitando por un proceso de cambio en su perfil demográfico, secundario al auge inmobiliario vigente, que la sitúa como foco de atracción tanto para población chilena como extranjera.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes en esta comuna?

- La habitabilidad de la población migrante en Independencia es precaria. Se describen escenarios de hacinamiento crítico, falta de higiene y riesgo para la salud. Esta situación impactaría directamente en indicadores de salud, especialmente en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas como tuberculosis y otras patologías respiratorias.
- Existe tensión con la incorporación de la comunidad migrante a la población en general. Se describen situaciones de estigma y prejuicio, en particular con el pueblo peruano, al cual definen como demandante. La incorporación de población migrante, por otro lado, se traduciría a ojos de los chilenos como una amenaza a la distribución de recursos.
- Una preocupación descrita por el equipo de salud es la presencia de conductas sexuales de riesgo en algunos grupos de migrantes, sumado al ingreso tardío de embarazo, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias en la línea de prevención.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Potenciar iniciativas existentes de fiscalización en el fenómeno de subarrendamiento y los elevados costos de adquisición de arriendo para población migrante.
- El trato, tanto en la población en general como en los centros de salud muchas veces es descrito como discriminatorio, lo que determinaría el bienestar de la población migrante.
- Estrategias de difusión de derecho de salud de población migrante, particularmente como medida para disminuir la problemática de ingreso tardío de embarazo.

d) Palabras clave: Independencia, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud.

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Independencia se encuentra en la provincia de Santiago, Región Metropolitana. Sus coordenadas geográficas son 33° 25' 00" S 70° 40' 00" O, tiene una altitud de 540 msnm y comprende un área de superficie de 7,4 km² (1). Para el año 2013 reportó alrededor de 49 mil habitantes, lo que representa el 0,7% de la población proyectada para la Región Metropolitana para el mismo año (2). Independencia limita al norte con Conchalí, al Oriente con Recoleta, al sur con Santiago y al Poniente con Renca, esta ubicación posiciona a la comuna como un punto atractivo para la comunidad aledaña que requiere de sus servicios de primera necesidad, como salud y educación (3).

Independencia nace el año 1991, debido a la reorganización administrativa del país. Sin embargo, su historia se remonta al antiguo barrio de la Chimba, el cual se fue configurando en la ribera norte del río Mapocho desde los primeros años de la conquista. La comuna se estructura alrededor de su calle principal, la Avenida Independencia; su nombre se debe a que el 13 de febrero de 1818, tras el triunfo de la batalla de Chacabuco, el Ejército Libertador al mando del general San Martín, ingresó por esta vía a la ciudad. (1)

Una de las principales características de la Comuna es la gran cantidad de hospitales que concentra, algunos de los cuales fueron construidos entre finales del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX: el Antiguo Hospital San José y El Hospital San Vicente de Paul. Destacan además el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Hospital de Niños Dr. Roberto del Río y el Instituto Médico Legal (3)

Su principal fuente productiva es el comercio, proveniente principalmente del sector de bodegaje de la Vega Central, secundaria a la venta de productos frescos (1). Por otro lado, se encuentra el sector industrial donde prevalece la pequeña y mediana industria, destacando el área textil (barrio de telas, en sector independencia y Dávila) y el Terminal de Flores (3). Además, se puede encontrar un número importante de microempresas y talleres, sumado a actividades asociadas a recreación, con la presencia en la comuna del Hipódromo Chile y el Estadio Santa Laura (3)

...Una comuna con un extraordinario patrimonio arquitectónico cultural; buena parte de la intelectualidad chilena vivía en independencia, entre muchos otros, Neruda, que vivió en la calle Maruri, aquí escribió el crepusculario que fue su primera obra importante.... ehh hay un poema famoso los crepúsculos de maruri y maruri (pausa) es una calle... que en donde se concentra la mayor cantidad de población peruana. **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

Esta distribución geográfica e histórica, permitió la construcción de identidad cultural de la Comuna, de acuerdo a los datos cualitativos obtenidos por medio del Proyecto FONDECYT 11130042.

Ehm.... ¿Que otro dato importante de la comuna? Bueno, una cosa más, más cultural si tú quieres ehh... Independencia.... El límite con Santiago es el río Mapocho (toma aire), ehm y eso ehh en nuestra opinión constituye un componente de identidad más o menos relevante (...) este territorio es lo que en al... en antiguamente le llamaban la chimba, que en lengua quechua significa los del otro lado (pausa) eh¿ por qué?, porque del río Mapocho hacia el sur se desarrolló la aristocracia y del río Mapocho hacia el norte los servicios de la aristocracia (pausa) los servicios de la aristocracia, los hospitales (pausa) por eso tenemos tantos hospitales, los cementerios, emm... las picadas, emm... la esta, eeh, aquí por ejemplo estaban los prostíbulos todos los lugares donde venían escondidos los de la aristocracia.... **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

En el sector de Independencia también se encuentra patrimonio arquitectónico e histórico de importancia nacional, como lo son la Iglesia del Carmen Bajo de San Rafael, la Iglesia, el convento del Buen Pastor y la Cervecería Andrés Ebner (1). Lo anterior es destacado por las autoridades locales como un sello distintivo de la Comuna.

Un aspecto relevante de Independencia es el gran desarrollo inmobiliario generado en el último período, situación que ha posicionado a la Comuna como centro de atracción para nuevos residentes, condicionando a un aumento poblacional. Es así como la población alcanza una densidad promedio de 100,5 habitantes por hectárea, la distribución de habitantes es particularmente más densa al sur de la comuna (3).

Finalmente, la Municipalidad de Independencia describe como misión de la comuna:

"Construir una Independencia amable, participativa, sostenible, con identidad cultural, que abra oportunidades y de la que su comunidad sienta orgullo" y como

visión "rescata su patrimonio para dar vida a su historia. Comenta abrirse a la diversidad y nutrirse de otras culturas. Promueve la vida en familia, amigos y vecinos. Es un punto de encuentro entre varias generaciones"(3).

Figura 1

Mapa general de la comuna de Independencia, descripción espacial de su población total según datos censales 2002

Población total en Independencia por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 2

Mapa general de la comuna de Independencia, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002

Población inmigrante en Independencia por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

La comuna de Independencia representa, para la población inmigrante internacional, uno de los sectores atractivos de la Región Metropolitana, es descrita como una “comuna de arribo”, es decir, donde la población inmigrante llegaría por primera vez (3).

De acuerdo a datos reportados por el Plan de Desarrollo Comunal de Independencia, los entregados por la Jefatura Nacional de Extranjería y la Policía de Investigaciones; la tasa de crecimiento de población inmigrante entre los años 2006 y 2014 fue de 78,5%. El crecimiento más acentuado ha sido el de la población inmigrante proveniente de Colombia (245%), Perú (186%) y Bolivia (153%) (3).

De acuerdo a cifras entregadas por Extranjería (4), para el año 2012, la población inmigrante de Independencia que solicitaba visa, alcanzaba un total de 4127 personas, incluyendo requerimientos para visa temporaria (30,4%), estudiante (0,58%) y sujeta a contrato (69%). Respecto al país de origen, en su mayoría provienen de Perú (73,41%), en segundo lugar Colombia (9,95%), en tercer lugar Bolivia (2,2%), en cuarto lugar Ecuador (2,85%) y quinto lugar Haití (1,62%). En relación a su distribución por sexo, 50,27% son de sexo femenino. El nivel educacional, entre los que son informados (32,26%, n=1331), la gran mayoría declaró pertenecer a un nivel medio (58,52%), seguido del nivel básico (25,77%), en tercer lugar universitario (3,53%) y finalmente nivel técnico (2,3%). Un 1,27% declaró pertenecer a nivel prebásico y 3,75% declaró “ninguno”. De acuerdo a su distribución por edad, para la fecha de solicitud, la mayoría pertenecían al tramo de 21 a 30 años (39,03%), en segundo lugar de 31 a 59 años (38,64%), el tramo en tercer lugar estaría ocupado por las edades entre 11 a 20 años (13,52%), 4to y 5to lugar lo ocupan los menores de 5 años y de 5 a 10 años (2,35% y 4,72% respectivamente). Finalmente, de 60 años y más, sólo un 1,72% solicita visa. En relación a las principales ocupaciones, un 66,51% declaró ser empleado o empleado doméstico, 12,64 % estudiantes, 6,76% obrero o jornalero, 5,74 % señaló ser dueña de casa, 4,65% inactivos, 0,33% empresario o patrón y un 0,94% no informó su ocupación.

Los inmigrantes que solicitaron permanencia definitiva para el 2012, fueron un total de 867 personas, de las cuales la mayoría son del sexo femenino (51,09%). Principalmente provienen de Perú (88,00%), en segundo lugar de Colombia (2,76%). Predominantemente las edades de las personas que solicitan permanencia definitiva están entre 21 y 59 años (70,24%). Las ocupaciones más frecuentes son empleado-empleado doméstico (73,03%). Respecto al nivel educacional, sólo algunos son informados (n=255 29,41%). En su mayoría declaran tener un nivel educacional medio (47,84%) (4).

De acuerdo a lo reportado por la Municipalidad de Independencia (3), si bien la población migrante se incorpora a la comunidad, existen diversos problemas que impactan en la comuna. Dentro de éstos, destacan: i) la **habitabilidad**, en particular por las condiciones de hacinamiento que enfrenta esta población; ii) el **acceso a servicios**, secundario a escasa regularización de visa, que impactaría en el acceso a salud, educación, trabajos de mayor calificación, entre otros y, finalmente iii) la **integración**. Entre los problemas mencionados se encuentran situaciones de discriminación racial, episodios de violencia barrial y callejera, entre otros.

Según hallazgos del Proyecto FONDECYT 11130042, un aspecto observado por las autoridades locales es el predominio, dentro de la población migrante, de jefas de hogar, con historia de violencia o situaciones de precariedad previa a la migración, las cuales inicialmente ingresarían solas al país, para luego, traer a Chile al resto de su familia.

Las actividades económicas que realiza la población migrante, según los hallazgos obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas, se describe el **servicio doméstico** y por otra parte el **comercio formal e informal**, especialmente el rubro de alimentación. Destaca la creación de restaurantes, puestos móviles de comida -de carácter regular e irregular- siendo esta última situación un factor que generaría tensión con la población chilena.

Te aseguro más mujeres que hombres, mucha mujer jefa de hogar... mujer jefa de hogar, que se viene sola eh y que conforme va consolidándose un poquito, va trayendo parte de su familia (¡ de acuerdo...) mucha mujer con sus hijos y que (...) era objeto de ehmm... violencia intrafamiliar o de condiciones en su país de origen eh que la obligan de algún modo venirse con su hijos bien así improvisadamente...

Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.

a la convivencia, fortalecimiento y mayor acceso a la salud en los consultorios, aumentar la dotación de funcionarios y mejorar la infraestructura de los CESFAM, desarrollar una política comunal que integre diversidad cultural, pedagogía, profesorado y expresión cultural. Estos compromisos se encuentran dentro del plazo 2015-2020. (Independencia 2020) y por otra parte se dictó un (iii) Seminario “Multiculturalidad: los desafíos de compartir territorios y valores”, realizado en agosto, 2014. Este encuentro tuvo como objetivo reflexionar sobre los desafíos de integrar socialmente a las comunidades de inmigrantes en la Región Metropolitana, a partir de distintas perspectivas y las buenas prácticas aplicadas en materia de multiculturalidad.

[el subarrendamiento] es un tema histórico, que se ha ido extendiendo en la Comuna...parte en la calle Barnechea, Lastra, Maruri y esa zona... un poquito más acá de Mapocho, pero ahora el fenómeno se ha ido extendiendo al resto de la Comuna... **Entrevista 140, Autoridad Local, Julio 2016**

Resulta importante destacar que el Municipio ha impulsado la creación de distintas iniciativas descritas en el Programa de gobierno comunal 2012-2016 (Municipalidad de Independencia), las que pretenden generar instancias de diálogo entre el municipio y la población migrante, dentro de estas se destaca la organización de: (i) Oficina Municipal para las Migraciones, (ii) Cabildo de Migrantes, realizado en enero del 2015, donde se recogieron varias inquietudes y necesidades por parte de este grupo., acordando, entre otros, la fiscalización de viviendas colectivas, viviendas más dignas que ayuden

Un porcentaje importante eh generó como mecanismo de ingreso como actividad económica eh, el expendio de alimentos en la vía pública... los carritos con la pollada, con el anticucho de corazones, lo que sea... en un carrito de supermercado por supuesto... sin ninguna condición sanitaria (...) esto choca con los ciudadanos chilenos no acostumbrados a por lo menos tan masivamente al expendio de alimentos en la vía pública, esto genera olores... eh... genera en fin, ocupación del espacio público destinada para la circulación de los ciudadanos en espacios copados por los carros... y que se yo... y ahí hay una tensión grave muy fuerte... **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

Yo diría que en educación sobre todo hay un desarrollo mucho más elevado de una cultura de integración. (I: Hmm), mucho más elevado, o sea, ahí está está toda esta cosa que yo te decía, cantamos los himnos nacionales de los dos países... Nosotros como municipio también dimos señales a toda la comunidad y a todos los funcionarios, entonces por ejemplo, aquí ehm, izamos la bandera de los pueblos originarios el día que corresponde, izamos la bandera del orgullo gay cuando corresponde... izamos todas las banderas posibles, creamos esta ordenanza (...) entonces, eh, mi impresión es que formalmente hay una cultura del respeto, del buen trato y de la integración. **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

Hemos hecho un catastro de población migrante, hemos hecho un catastro de las condiciones de habitabilidad de la población migrante ehh... digamos están en desarrollo, tenemos convenios con la fundación para la superación de la pobreza en materia de migración, que tiene una línea de habitabilidad, una línea en educación y una línea ehhh... no me acuerdo... pero no es salu. Ehhh tenemos agg... tenemos, relación con organizaciones de población migrante en materia cultural y en materia social ehh... en materia cultural ehh.... y de algún modo en, en tema de... de integración en general, hay una organización bien relevante que se llama colectivo sin frontera ONG dirigida por población migrante. **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

Según datos generales disponibles en la Serie de Informes Comunales (2), para el año 2011, la Comuna reporta un 8,2% de su población en situación de pobreza, cifra menor a la nacional (14,4%). Respecto a vivienda, para el año 2013, a partir de datos provenientes de la Ficha de Protección Social, la comuna presentaba un porcentaje de **hogares en situación de hacinamiento** medio menor a la región (20,6 v/s 21,5), pero si mayor al país (19,9). Para el caso del hacinamiento crítico, la comuna presenta una proporción de hogares menor a la regional (2,1 versus 2,7%) y nacional (19,9%) en este indicador. Respecto a las condiciones de saneamiento de las viviendas, el porcentaje de saneamiento deficitario es similar al regional y nacional (2)

Según datos reportados en el Plan de Desarrollo Comunal de Independencia (3) un estudio realizado en 2012 por el Observatorio de Ciudades, se determinó que la Comuna reportaría un 7% de la totalidad de cités existentes en Santiago (n=811). Estos conjuntos de viviendas sociales o pasajes de no más de 20 casas de 50 m² en promedio, se ubican en calles como Independencia, La Paz y Fermín Vivaceta.

Respecto a la tasa de denuncias por delitos (2), los casos de mayor connotación social (para el año 2012) alcanzaron cifras mayores a las comunales y nacionales (6007 por cada 100 mil habitantes), mientras que la tasa de **denuncias por delitos de violencia intrafamiliar**, para el mismo año, fue de 979 por 1000 mil habitantes, cifra mayor en la que en la región (577) y el país (650).

Uno de los principales problemas ambientales que presenta Independencia es el déficit de áreas verdes, las que alcanzan 1,21 m²/habitante al año 2012, cifra lejana a los 9 m²/habitante recomendado por la OMS para beneficio de salud física y mental. Las cifras descritas posicionan a Independencia como una de las comunas con los promedios de áreas verdes por habitante más bajos del gran Santiago. Dicha situación se vería agudizada por la construcción de autopistas y grandes proyectos inmobiliarios en altura.

Un escenario relevado en entrevistas realizadas en el Proyecto FONDECYT es el **deterioro profundo y prolongado por años de los espacios públicos de la comuna**, lo que es atribuido al abandono desde las autoridades municipales.

Lo, lo primero es que ehh... Independencia es una comuna que tiene un fuerte, grave deterioro del espacio público (...) dentro del espacio público... arreglo de calles y veredas, falta de áreas verdes; independencia es la comuna con menos áreas verdes de la región metropolitana; uno coma tres metros cuadrados de área verde (pausa) eh... La OMS recomienda nueve metros cuadrados de área verde por habitante.... Las comunas de la zona oriente tienen dieciséis, diecisiete y de ahí pa'arriba...Uno coma tres! **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

Una segunda cosa que yo creo que es bien decidora en lo que venía pasando es que una brutal desconfianza de la ciudadanía en la institucionalidad, en el propio municipio en las autoridades.... aquí fue alcalde durante dieciséis años la misma persona (toma aire), eh... Un señor que era un boxeador, que repartía plata en la calle y que él repartía plata a los curaditos y que repartía bolsa de mercadería (toma aire), eh y la comuna estaba bien abandonada.... Él era el que promovía esto como que de osco y carros y qué sé yo, en cualquier lado, en cualquier condición, de hecho todos los recintos hospitalarios tenían problemas graves de orden sanitario producto de la proliferación de este comercio irregular (pausa), eh y producto de este estilo en donde además estaba como val naturalizada eh la corrupción este tipo de prácticas asistencialista, internalista, etcétera, y además.... un gravísimo problema que se naturalizó en el espacio público de ehm basuras en las calles...de, de instalación de micro basurales que se naturalizaron y se permitieron y un sistema deficiente de disposición de la basura domiciliaria en las calles, con lo cual también la comuna tuvo un problema de deterioro de su imagen y su calidad de vida y además un problema sanitario que se fue eeh generando y consolidando con plagas de ratones, en fin. .. **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

Otro aspecto que muestra una vulnerabilidad importante en la comuna es el que se asocia de manera secundaria al **envejecimiento poblacional**, situación que favorece escenarios de pobreza y aislamiento. Esta realidad es reconocida por las autoridades locales y trabajadores de salud, según lo encontrado en la fase cualitativa del Proyecto FONDECYT 11130042.

A ver... en general es una comuna muy envejecida, creo que es la tercera más envejecida de todo el país, con problemas considerables en relación a eso mismo, ya?. Hablo yo lo que conozco de éste sector, muchos adultos mayores que viven solos, que los hijos se fueron, son profesionales hoy día, particularmente en ésta zona de acá... **Entrevista 5, Autoridad Local, Julio 2014.**

Si la tuviera que categorizar yo creo que es una población de clase media empobrecida, es o sea, el adulto mayor que tuvo una relativamente buena situación, que jubiló, que vivió su pensión, que tiene su casita, que es propietario, pero no tiene mayores ingresos... **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

430

La distribución del indicador de vulnerabilidad va en un rango de 0 (menos vulnerable) a 1 (mayor vulnerabilidad). El mapa muestra la distribución de vulnerabilidad considerando un índice de deprivación múltiple basado en 3 variables sociodemográficas: personas con discapacidad, personas desempleadas y personas que reportan bajo nivel de educación, para el año 2002, de acuerdo a la disponibilidad de datos del último censo oficial en Chile. Este indicador se calculó para la población total y para los inmigrantes internacionales. En ambos casos la escala de análisis es la manzana censal, correspondiente a la máxima desagregación territorial urbana y por ello nos permite realizar un análisis espacial de detalle.

El mapa de Distribución de vulnerabilidad en Independencia 2002 muestra una composición concentrada de la vulnerabilidad de la población total de la comuna. Desde un punto de vista espacial, la población más vulnerable se concentra en la zona Este y Suroeste del casco urbano. No obstante, los rangos de vulnerabilidad más altos corresponde a un valor medio alto (0,25-0,75). Esto sugiere un análisis de lo que sucede en la composición sociodemográfica al interior de las manzanas con mayor vulnerabilidad, pero también un análisis relacional con el entorno inmediato a las mismas, así como su comparación con el entorno urbano circundante, para entender la multidimensionalidad de la vulnerabilidad que se aprecia en el mapa.

En cuanto a la vulnerabilidad de inmigrantes, la población inmigrante vulnerable para el año 2002 aparece más dispersa en el espacio que la población total, y no siempre comprende las mismas manzanas que se mostraron en el mapa anterior. Espacialmente se dispersan entre la zona Noroeste y Sur de Independencia. A diferencia de la distribución espacial de la vulnerabilidad calculada para la población total, en esta figura predomina más la mixtura de distintos intervalos de vulnerabilidad. Es importante señalar que los rangos de vulnerabilidad más alta para inmigrantes son los mismos que para la vulnerabilidad general (0,25- 0,75).

En resumen, la distribución espacial de la vulnerabilidad en Independencia no sigue un único patrón espacial, apareciendo concentrada en un primer momento (población general), pero más dispersa en el caso de inmigrantes, lo que implica que los inmigrantes vulnerables de acuerdo a las dimensiones consideradas viven mayoritariamente en la zona Noreste y Sur de Independencia, en tanto la población vulnerable general se concentra en manzanas o barrios específicos.

Figura 3

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Independencia respecto de su población total, datos censales 2002.

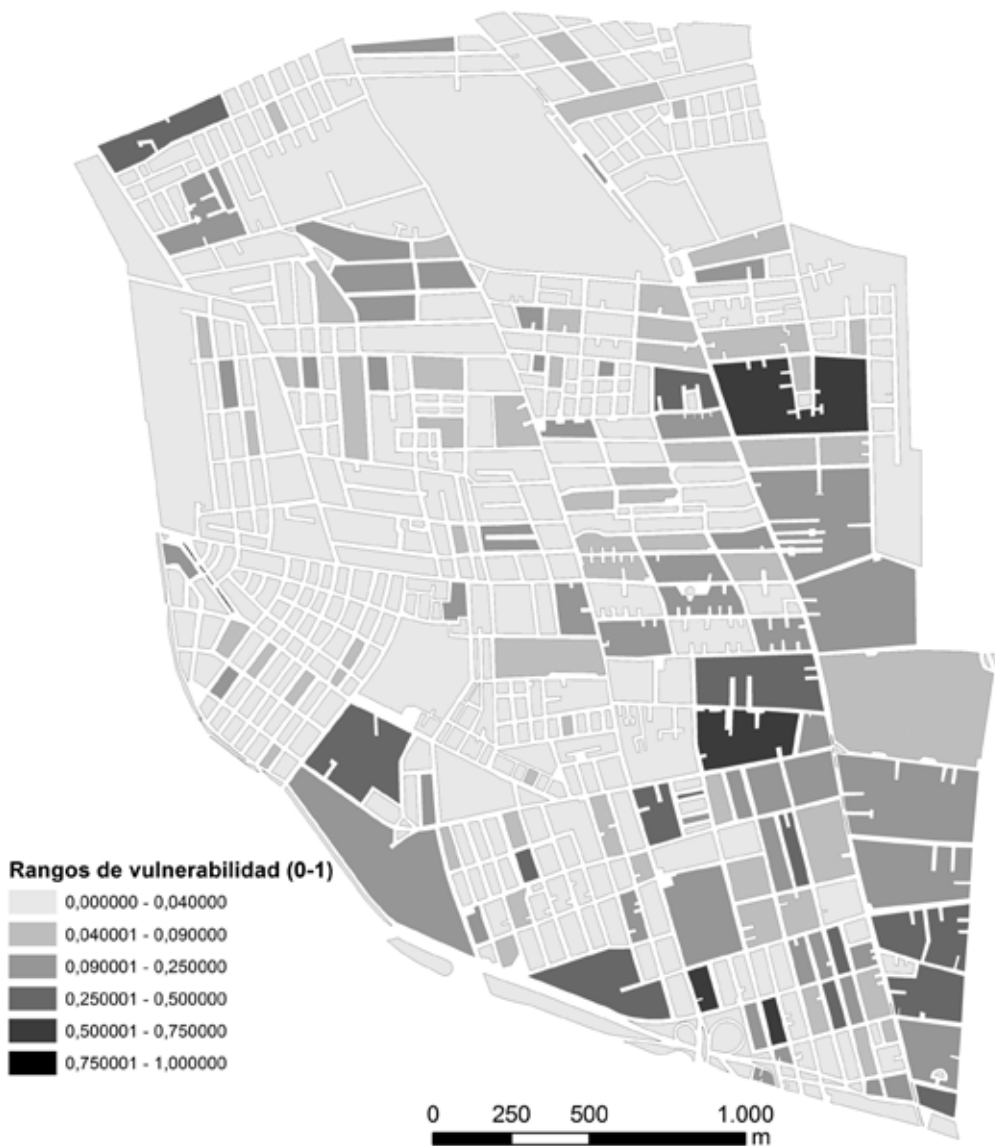
Distribución de vulnerabilidad en Independencia 2002



Figura 4

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Independencia respecto de su población migrante internacional, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad en inmigrantes en Independencia 2002



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Elaboración propia, Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

4. La salud de la comuna

4.1. Descripción general de la salud de la comuna

La comuna cuenta con una amplia gama de hospitales: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Hospital San José, Hospital Roberto del Río, Instituto de Oncología Dr. Caupolicán Pardo Correa. En relación a los centros de Salud dependientes del Departamento de Salud Comunal, se encuentra el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Agustín Cruz Melo, CESFAM Juan Antonio Ríos, el cual tiene adosado al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), el Centro de Salud Mental y Comunitaria (COSAM), el Módulo Dental Nueva Zelandia y el Módulo Dental Camilo Mori (3)

Dentro de los indicadores de salud comunales (2), se encuentra que el porcentaje de la población afiliada a Fonasa perteneciente a los grupos A y B, tramos integrados por las personas de menores ingresos, representa el 54,6%, cifra promedio menor a la nacional (55,5%) y país (60,1%). Respecto a la tasa de natalidad, la comuna alcanzó para el año 2013 una tasa de 24,87 niños (as) por cada mil habitantes, esta cifra es mayor al promedio del Servicio de Salud Metropolitano Norte (17,02). Esta **alta tasa de natalidad** en la comuna de Independencia sería atribuida al fenómeno migratorio y la renovación urbana, ambas instancias motivarían y a la vez explican la **llegada de mujeres jóvenes en edad fértil** (3). La tasa de mortalidad general 2005-2010, ajustada a 1000 habitantes, es mayor a la regional (9,5 versus 5). (3)

Independencia enfrenta hoy en día un claro **proceso de envejecimiento** (3), clasificándose como la tercera comuna más envejecida de la Región Metropolitana, sólo superada por las comunas de Providencia y Ñuñoa, con un Índice de Adulto Mayor superior a 100, particularmente del sexo femenino. Algunos indicadores de salud para este grupo etario, son el porcentaje de adultos mayores en control con diagnóstico nutricional de "bajo peso", para el año 2011, cifra que alcanzó un 14,6%. Ese indicador resulta preocupante si se considera que es mayor a la tasa regional (10,3) y nacional (9,7). Otros indicadores son las tasas de sobrepeso y obesidad que presentan cifras menores, también para este grupo etario.

Las características demográficas de la población... es una población absolutamente envejecida, estamos dentro de las 3 comunas con mayor adultos mayores... por tanto el perfil epidemiológico de la población es de enfermedad crónica... degenerativa, mucha enfermedad cardiovascular, **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Yo atiendo más que nada adulto mayor y ellos que tienen estilo de vida ordenados que son tradicionalistas, claro, de repente se les instala un cité y como no tienen su espacio para conversarlo lo conversan en el box y señorita sabe que ya no duermo bien y mire vengo con la presión alta porque esta comunidad que llegó acá al lado mete ruido hasta las tantas de la mañana y se pasa en las fiestas y sufren... Bueno hoy en día la percepción de la población ya más mayores que ha disminuido la calidad y la seguridad por la gran cantidad de extranjeros que hay. **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

A lo anteriormente descrito, se agrega el fenómeno de incremento de la población inmigrante internacional. Se percibe que éste vendría a dificultar aún más los problemas de acceso a salud para los adultos mayores de la comuna.

433

En relación a las enfermedades infecciosas, para el caso de Tuberculosis (TBC), la Comuna de Independencia reportó para el año 2013 un total de

22 notificaciones, que corresponden al 2,8% del total de casos reportados en la Región Metropolitana, posicionando a la comuna en el **décimo lugar regional** (6)

Para el caso particular de la infección por VIH, para el año 2013, existen 29 casos notificados de VIH-SIDA, los que corresponden a una tasa de 59,7 x 100 mil habitantes, con un total 2009-2013 de 164 casos.

Este indicador ocupa el lugar diez y siete de la Región Metropolitana. Para otra enfermedad de transmisión sexual, la Gonorrea, se encuentra un total de diez y ocho casos notificados entre el año 2009 y 2013. Las notificaciones de Sífilis y Sífilis congénita, se encuentra un total de ciento veintitrés casos entre 2009 y 2013 (lugar veinte en la Región Metropolitana) (6)

Tu sabes que esta zona es una de las zonas donde los brotes de TBC se han multiplicado, que tiene que ver en un principio habían prejuicios, principalmente del área salud respecto a que estos temas eran traídos de los países de origen, pero con el tiempo, evidentemente están todos convencidos que tiene que ver con las condiciones de habitabilidad. **Entrevista 140, Autoridad Local, Julio 2016.**

4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Figura 5

Mapa de distribución espacial de servicios públicos de salud de la comuna de Independencia.

Distribución de centros de salud en Independencia



Fuente cartográfica: INE, Precenso 2011
Fuente de datos: Ministerio de Salud
Autor: Fondecyt 11130042

5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Entre la población inmigrante internacional de Independencia es posible identificar diversos motivos para migrar, dentro de las que destaca la **búsqueda de mejores oportunidades económicas**, así como también **fuentes laborales** que reporten más ingresos que lo generado en sus países de origen. Otro de

los motivos para migrar reportado por los entrevistados es la **necesidad de reencontrarse con familiares** que ya se habrían instalado en la comuna de Independencia en años anteriores.

Ya, yo por dos motivos. El entusiasmo de que muchas personas decían que era un país muy bonito, eehh, ya mucha gente decía que vivían por muy cerca de mi casa que les iba muy bien. O sea, por trabajo tanto como por vida social buena. O sea, buena por una buena relación y todo eso... **Entrevista 90, Mujer, Migrante Ecuatoriana, Junio 2015.**

Vine porque mi marido consiguió pega acá, de la pega que él tenía allá lo transfirieron para acá, entonces nos vinimos la familia para no dejarlo solo... **Entrevista 103, Mujer, Migrante República Dominicana, Agosto 2015.**

Chile ya lo conocía pero igual es la experiencia bonita porque tú vienes y te encuentras con la familia, porque incluso yo vivía sola allá, con mis hijos nada más. Acá está todos, está mi papá, mi mamá, mi hermano y todo prácticamente". **Entrevista 93, Mujer, Migrante Peruana, Junio 2015.**

Uno de los fenómenos frecuentemente identificados con frecuencia en la población inmigrante proveniente de Colombia, es la decisión de alejarse de su país de origen, que califican como pleno de **conflictos y situaciones de violencia**.

Porque hay mucha violencia, eso es lo que me dice, hazme caso... porque en Colombia hay mucha violencia... los sacan de los campos, de los pueblos... por eso es que la gente está corriendo para acá porque Buenaventura, Cali, Palmira está lleno!... **Entrevista 97, Mujer, Migrante Colombiana, Julio 2015.**

Respecto a la incorporación de la población inmigrante en el territorio nacional, se describen importantes escenarios de **choque cultural permanente**

Me dijeron una vez en Mapocho fue, hace como 4 años atrás como para esta fecha que caen lluvias y se había caído un niño creo no sé dónde y estaban los carabineros haciendo un cordón para salvar al niño y yo como todo chismoso, sabe lo que es chismoso no? [Sí...]... Me voy a ver pa' ponerle buenas vibras para que saquen al niño y una señora me dice peruano cu...***, muerto de hambre, regrésate a tu país... yo me di media vuelta y me fui a mi casa. **Entrevista 100, Hombre, Migrante Peruano, Agosto 2015.**

con los chilenos, con situaciones que van desde descortesías hasta insultos en espacios públicos y en ocasiones con francas demostraciones de discriminación. Parte de la población chilena identificaría como una **amenaza a la población migrante**, debido a que vendría a restar la distribución de recursos públicos. Una de las razones identificadas para este choque cultural, según las autoridades, es que este tipo de comportamientos se encuentra arraigado en la población chilena, tiene que ver con la idiosincrasia.

Yo vivo en 4to piso yo tengo vecinos que son racistas por el olor de la comida que sale por debajo de la puerta y solo le dijeron un día "ay señora tiene tapada la puerta de su casa porque sale todo el aderezo de su comida y su casa huele horrible" se lo juro y mi suegra llamada, y yo como no le dijiste "que te importá" por eso creo que la vecina se fue porque ahora no está, lo está arrendando se lo juro para que usted me entienda, por eso el olor de la comida es fuerte mucho condimento y huele horrible. Y el olor también... mi jefa dice siempre, hay que rico! **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

Porque como tú debes saber bien, la discriminación es mucho más profunda y a veces inconsciente. (I: Mhm), entonces, (pausa) me pasó hoy día en la mañana un señor que a propósito de no sé qué me dijo "claro es que, los peruanos y la basura y yo no sé qué", y yo le dije "perdona pero, ¿cómo sabes tú que son los peruanos? O sea, yo estoy seguro de que hay peruanos que botan basura en la calle, y también chilenos (I: Mhm).(pausa) Bueno, entonces, primero que está esta como cosa media automatizada de responsabilizar al migrante de determinado fenómeno social...(toma aire). Lo segundo es que hay formas de expresión más profunda como por ejemplo ehhh... lo lo que pasa que el peruanito de eh calle. (toma aire) entonces yo le digo "¿Porque el peruanito?, le digo yo... "peruano poh..." "no es qué", entonces como como que como que lo empiezan a disfrazar y casi como que es de cariño... **Entrevista 5, Autoridad Local, Agosto 2014.**

Los participantes chilenos entrevistados tienen la percepción de que los inmigrantes acceden a mayores beneficios que ellos en el momento de utilizar recursos del estado, señalan que hay prioridad para los extranjeros. Esta percepción de **preferencias para migrantes**, se hace presente con energía en el Grupo Focal de Trabajadores de la salud.

Sí, siempre han sido así porque nosotros somos un país... a nosotros nos da la sensación de repente de que somos un país demasiado permisivo o sea el chileno... ponte tú uno puede ir con su hijo, la niña que quiere trabajar que es chilena y tiene un niño de dos años y quiere inscribirlo en la sala cuna no tiene preferencia sino que peruano, entonces al final decir... oye, está todo para los extranjeros... **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Por otra parte, ante algunas deficiencias del sistema de salud, por ejemplo la existencia de listas de espera para acceder a prestaciones varias, la presencia de extranjeros generaría en los pacientes la sensación de que el problema se intensifica y que en la práctica se ven forzados a esperar más tiempo. Otra arista del problema, es que los pacientes chilenos que carecen de previsión no pueden conseguir atención gratuita para su parto, versus las gestantes migrantes que acceden a parto gratuito, en igualdad de condiciones previsionales. Se genera así una diferencia de condiciones que termina en roces y enemistades.

Con las gestantes también, la percepción que tienen las gestantes chilenas que no tienen su previsión al día o no tienen previsión es bien difícil conseguir atención gratuita para su parto, en cambio las extranjeras sí, tienen un parto gratis (...) Me pasa a mí con los pacientes que es un poco de rabia y tratan de explicar por ejemplo listas de espera que llevan cinco años y les causa rabia saber que las tienen compartir no con chilenos, entonces mucha rabia contra el otro, de claro que están ellos y porque yo no? si yo vivo acá, si yo soy chileno, bla, bla... **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Otro de los aspectos de choque cultural es el vinculado a las **condiciones de hacinamiento**, que repercuten directamente en la convivencia con los vecinos y aumentan los escenarios de tensión entre chilenos y migrantes.

Se generan externalidades hacia afuera de la vivienda colectiva, y genera problemas relacionados con el ruido, la disposición de la basura por ejemplo, porque... Evidentemente la producción en términos de desecho de una vivienda unifamiliar a una con dos, quince hasta 20 familias en una casa, hace que la disposición de basura sea más compleja. A eso le agregamos el tema del ruido y el peligro constante para las personas internamente, pero también que se extienda el tema de los incendios hacia el resto de la comunidad. Como no hay espacios comunes en estas viviendas colectivas, porque todo espacio se aprovecha para tener una pieza que arrendar, que es lo que hacen las personas que especulan con esto, las celebraciones se extienden a los espacios públicos, por lo tanto, los asados, el consumo de alcohol en las calles se ha ido complejizando y eso hace que tengan problemas de convivencia. **Entrevista 140, Autoridad Local, Julio 2016.**

436

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

Si bien se identifican algunas experiencias exitosas de incorporación de la población inmigrante, la gran mayoría de las personas inmigrantes en Independencia describen situaciones marcadas por **discriminación y estigma** por parte de la población chilena. Esta situación afecta **especialmente a la población peruana**. Se puede observar en escenarios laborales, pudiendo haber maltrato, falta de cumplimiento a compromisos acordados, llegando incluso a desencadenarse violencia y desprotección, aumentando la sensación de inseguridad por parte de la población migrante,

Y me dijo que había una señora que iba a viajar a Lima y que estaba necesitando una niña para Chile y yo como quería igual salir de allá, me vine con ella, me dijo que iba a trabajar de Lunes a viernes con 700 dólares mensuales y a las finales no me pagó eso **Entrevista 105, Mujer, Migrante Peruana, Agosto 2015.**

Bueno la primera vez como le digo cuando empecé a trabajar en cocina, fui ayudante de cocina. El trato de la jefa era terrible, si ella podía agarrarme y meterme a charchazos me agarraba y me charcheteaba y decía unas groserías que mejor no le digo. **Entrevista 100, Hombre, Migrante Peruano, Agosto 2015.**

Bueno algunas que se quejan de la patrona, que son malas, que les dan mal trato. A veces abusan de también de uno no, como es extranjera, a veces. Porque hay varios tipos (...) que son muy malos que, me tratan mal. A veces le miden la comida. Sí, me han contado experiencias que a veces no tienen que comer... **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

Ella fue a una entrevista y la mandaron a trabajar a ella, fue su primer día de trabajo y el jefe se quiere aprovechar de ella, era buena moza parece, ella fue a limpiar el cuarto y el jefe estaba detrás de la puerta y quería abusar de ella y ella salió cascando así corriendo y se fue adonde el carabinero pero no tenía ni papeles y el carabinero no le hizo válida su denuncia. **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

Respecto a la **vivienda**, la población migrante reside en espacios físicos pequeños, altos niveles de **hacinamiento**, que reportan un **costo elevado**. Por otra parte, la presencia de niños en la familia muchas veces resulta una limitante para el acceso a vivienda arrendada.

La primera vez que yo viví era este, una casa pero muy estrecha pero con cuartos muy así como muy estrechos ¿ya? Se compartía cocina, se compartía baño con todos. Si eran veinte personas, las veinte personas usaban el baño y eso es como... O sea para mí fue muy difícil... **Entrevista 90, Mujer, Migrante Ecuatoriana, Junio 2015.**

Que cómo es posible! Si yo tengo niños! Y dicen se arrienda pieza pero sin niños, dónde los boto? Los echo al río Mapocho y que desaparezcan? (...) Usted se pone a buscar pieza, le van decir... y que trabajen todo el día y solamente llegue a descansar... o sea en qué mundo estamos viviendo? y dónde botamos los niños, que corazón para poner eso?... **Entrevista 100, Hombre, Migrante Peruano, Agosto 2015.**

En la comuna de Independencia con frecuencia los migrantes que son padres de niños pequeños, peregrinan de un lugar a otro buscando sin éxito el arriendo de un lugar para vivir.

La calle Maruri... que es nuestro sector, con tremendos cité, piezas, casas grande con miles de habitaciones y cada habitación no sé cuántas familias, o sea un hacinamiento espantoso, o sea unas condiciones de vida que te permite es tremendo, entonces uno va trayendo al otro y así se van quedando y eso es lo que pasó en estación central, que ha pasado en por ejemplo a los haitianos en Huechuraba, o sea porque se atraen entre ellos... **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Se conjugan por una parte, la irregular condición migratoria, en ocasiones presencia de hijos pequeños y por otra parte, las dificultades económicas para conseguir un mejor lugar para vivir. El resultado es hacinamiento, inseguridad y malas condiciones de vida.

¿Por qué?, porque se trata de casonas antiguas.... hay mucho cité, eh hay mucho mucha vivienda que posibilita la concentración de mucha población en espacios reducidos.... Entonces, en un barrio muy antiguo patrimonial pero que es... ha ido eh concentrando una cantidad importante de población migrante. Además está cerca del Mapocho y por tanto, cerca de los mercados, cerca de... el, eh... centro, la plaza de armas (¡: Claro), cerca de los terminales y por tanto de toda la eh condiciones de la ciudad que en general buscan las personas eh migrantes digamos.... Ehh bueno eso como general de la comuna. **Entrevista 5, Autoridad Local, Agosto 2014.**

Un factor que colabora la presencia de múltiples espacios de hacinamiento, es la **falta de regulación en el subarrendamiento** desde las autoridades. Por otra parte, el tipo de construcciones antiguas y amplias presentes en la comuna, facilitan la ubicación de numerosas personas en un espacio subdividido según la demanda del momento.

No hay muchas comunidades organizadas de migrantes... la mayoría de las organizaciones de migrantes están en Santiago, en Recoleta, pero están más ligadas a lo cultural, tema de las danzas por ejemplo,.. Aunque si hay algunas organizaciones de migrante... la más organizada en la comuna son los haitianos, que tienen dos o tres organizaciones grandes y fuertes de comunidad... hay algunas peruanas, pero no tan estructuradas como para la cantidad de población que hay en la comuna... Hay una plaza donde se reúne una gran cantidad de migrantes, a la entrada de Vivaceta, todos los sábados y domingos se junta mucha gente. **Entrevista 140, Autoridad Local, Julio 2016.**

Respecto a la conformación de **grupos organizados de población migrante**, si bien se describe como escasa, destaca la organización de la comunidad Haitiana. Existirían, además, espacios identificados dentro de algunos parques, donde se reunirían grupos de personas inmigrantes de manera habitual, particularmente los fines de semana.

En materia de habitabilidad este es un fenómeno que cambia día a día, (¡: claro) nosotros tenemos todos los días (pausa) ehhhh casas (pausa) eh en donde se empieza a construir de manera irregular... irregular me refiero sin un permiso u orden no sé qué (¡: sii... sii...) se empieza a construir piezas, ampliaciones, segundos pisos, en fin, para meter más gente (...) cuando tenemos denuncias sobre esto, tenemos una política bien dura... en el sentido de no permitir las, estas construcciones irregulares pero siempre acompañada de un dispositivo social que permita hacerse cargo de las familias que están en esta situación (¡: claro) porque (pausa) porque no la permitimos porque implica una situación de riesgo importante (toma aire) está lleno de casos de incendios en fin y eh y la acompañamos del dispositivo social... **Entrevista 5, Autoridad Local, Agosto 2014.**

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

Respecto a los principales problemas de salud identificados por la población migrante, destacan malestares asociados al **estado de ánimo**, con sentimientos de añoranza por el país de origen, preocupación por los ingresos y por el bienestar familiar. A lo anterior, se añade el **cansancio** asociado a extenuantes jornadas laborales.

Yo siempre ando con ánimo pero siempre hay una preocupación en casa, los problemas de la casa se quedan en casa... y uno tiene que salir como el payaso del circo a actuar entonces siempre no faltan los problemas, siempre uno preocupado por la familia, buscar que surja lo más rápido que uno pueda si hay los medios necesarios y hacerlo como debe ser, con bastante honradez, con sacrificio y claro que la salud no falte también... **Entrevista 100, Hombre, Migrante Peruano, Agosto 2015.**

O sea yo creo a la mayoría de los extranjeros, más que nada, es el estado de ánimo por estar lejos de su país de la salud yo creo que lo más normal es el cansancio o por... lo que es solamente trabajo, trabajo, trabajo acá y es estresante el ir venir todo los días lo mismo... **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

Mas encima te enfermas, no trabajas no comes, así que está prohibido enfermarnos. Si uno se enferma aparte que nos enfermamos de gripe tenemos que ir a trabajar nomas, con el dolor del cuerpo pero tenemos que ir eso no lo entienden nuestros jefes lo toman como que es mentira entonces a veces se enojan o a veces que te descuentan pero mayormente tenemos que ir mal así estemos pero... Si no has dormido toda la noche tienes que ir a trabajar. **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

Por ejemplo nos ha costado mucho en que las metas que uno tiene que cumplir en salud es ingresar en el control prenatal forma muy precoz, antes de las 14 semanas nos ha costado mucho... **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Uno de los motivos de consulta más frecuente en los centros de atención primaria, relatado por los equipos de salud entrevistados, es el **control de embarazo, el que muchas veces se realiza de manera tardía**. Esta consulta tardía se observa en otras comunas del país, hay quienes sospechan que esta situación que se debe principalmente al miedo a ser deportados, desconocimiento o la falta de interés.

Entre los trabajadores de la salud se comenta que algunos migrantes sienten temor de que el personal de salud actúe como un organismo que los **delate frente a una condición migratoria irregular**, este temor representa una barrera para entregar atención domiciliaria adecuada, con frecuencia los migrantes registran domicilios falsos o se ocultan cuando aparecen funcionarios o trabajadores de salud en domicilio.

Escucho a las asistentes sociales que cuesta llegar a ellos... porque ellos siempre tienen el temor, tú sabes que salud trabaja mucho con visita domiciliaria, y ellos tienen el temor de que los van a repatriar todo el rato, o sea les tocan la puerta preguntan por ellos y se esconden todos... **Entrevista 95, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Mira, hemos tenido algunas barreras con el idioma en el caso de los haitianos... ha sido súper complejo el control de la embarazada... porque no entienden ná... lo que nos llevó incluso a contratar, tenemos una persona que habla creole, tuvimos que contratar un funcionario para poder entendernos con ellos, porque eso era súper difícil... **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Otro aspecto identificado como **barrera de acceso** a los centros de salud es la barrera **idiomática**, esta última especialmente asociada al arribo de inmigrantes de habla no hispana, como los haitianos.

Los funcionarios o trabajadores de la salud explican que atender a un migrante implica mayor inversión de tiempo de consulta que a un usuario chileno.

Como profesional yo encuentro que implican más tiempo, por qué, porque nosotros somos nuestro resorte de acción es la promoción y prevención en salud y bueno ellos vienen con un estilo de vida, no sé si será por su condición económica o en esos países se vive así, pero desordenado, ponte tú, los niños se acuestan a las 1 de la mañana, duermen hasta las 12 del día, tienen una alimentación distinta, es para mejor eso sí la alimentación, no toman once ponte tú, pero involucra más tiempo el poder transmitir por qué el estilo de vida saludable es mejor, porque los chilenos más menos captan porque están más educados, no sé, pero sí significan más tiempo. **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Otro de los **problemas de salud** identificado por los equipos de salud y autoridades es la presencia de **enfermedades infectocontagiosas asociadas a las condiciones de hacinamiento y precariedad** en la que reside la población migrante.

Yo creo que efectivamente hay enfermedades derivadas de las condiciones de habitabilidad...que significa esto.....ehm enfermedades propias de vivir en un contexto ehmm un baño para sesenta personas que hay que compartirlo.... Una segunda tiene que ver con ehmm enfermedades más recurrentes que probablemente en algunos casos sea de un nivel de complejidad un poquito mayor eh derivadas de la de la también de las condiciones de habitabilidad eh pero más en la línea de de cómo neumonía... de enfermedades respiratorias de... en particular los niños... Ehh yo diría que es bastante recurrente eso ... en nuestros colegios que yo te hablo de mayor cantidad de población migrante eh muchas veces son donde hay también mas aa ausentismo producto de enfermedades de este tipo digamos... **Entrevista 5, Autoridad Local, Agosto 2014.**

Otro de los problemas identificados **desde el equipo de salud** es la presencia de **conductas sexuales de riesgo**. Estas conductas de riesgo, se asociarían aparentemente a festividades típicas de carácter comunitario. Los funcionarios o trabajadores de la salud explican que hay algunas **diferencias culturales entre las colonias de migrantes** en términos de conductas sexuales de riesgo,

Y hay como una prostitución encubierta, las famosas polladas y que de hecho invitan... Se reúnen en torno a un paciente del sector nuestro que es poli consultante, lo invitaron porque tiene vecinos peruanos a una pollada y me dijo quedé impresionado de lo que vi ahí, porque en el fondo es, se estila de que uno de los asistentes le dan como el privilegio que elija a dos mujeres y tienen sexo en un rinconcito, detrás de los cajones! **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Claro, la persona que organiza esta pollada es porque necesita algún tipo de ayuda, entonces la manera entre comillas de agradecer tu asistencia que fuiste a colaborar porque tu pagaste por tu plato de comida digamos, por tu plato de pollo es ofrecerle.... A las mujeres, de ahí nace este concepto de pollada... **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Por ejemplo las colombianas, ellas tienen mucho más cuidado en ese sentido, tanto con su método anticonceptivo y también valoran mucho el riesgo del contagio de infecciones, no así las pacientes peruanas que también sus características son distintas porque son mujeres muy sumisas, la paciente peruana no es capaz de hacer una abstinencia sexual porque el marido simplemente no lo permite, aún así ella sepa que pueda quedar embarazada o sepa que puede tener contagio de infecciones, no toman ninguna medida de protección... **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Según perciben los funcionarios o trabajadores de salud, las conductas sexuales de riesgo se entremezclan con situaciones de **violencia entre los propios migrantes**.

Un aspecto importante de destacar es la percepción por parte de los equipos de salud de la **homologación del estado de salud** de la población migrante con la chilena, esto puede ser visualizado por medio de la obesidad infantil, presente en niños que han nacido en Chile o llevan varios años viviendo en el país. La obesidad infantil es infrecuente en niños recién llegados al país.

También las cosas que hemos ido viendo, que se han ido como, no sé si, adquiriendo las costumbres o malas costumbres nuestras también... por ejemplo, cuando recién partió esto de la migración, los niños, yo voy a hablar de los peruanos porque son los más numerosos, habían mucho bajo peso y ahora están gorditos... y ahora están tan obesos, es la enfermedad del futuro, o sea te digo, han ido tomando costumbres también, algunas malas costumbres también... **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Por otra parte, el equipo de salud percibe a la **población migrante como profundamente demandante**, que conocen sus derechos y hacen uso y abuso de ellos. En general los funcionarios o trabajadores de salud califican a los usuarios migrantes como más demandantes que los chilenos, el impacto que esta atención genera en los CESFAM es mayor escasez de horas y por ende mayor demanda y molestia en la población general.

Más demandantes que ciudadanos chilenos, ahora demandan las mismas cosas que los ciudadanos chilenos, hay casos de muchas mujeres embarazadas, por lo tanto son los controles de maternidad y todo lo que tiene que ver con el control de niño sano, pero...por ejemplo todo lo que es la labor de las matronas, cada vez son más insuficiente las horas, o sea nosotros tenemos algunas estadísticas de que en el último tiempo, entre el 50 y 60% de nuestras embarazadas que ingresan a control son extranjeras... **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Algunos profesionales de salud explican que hay gran demanda de **licencias (probablemente falsas)** de parte de la comunidad de migrantes peruanos, también perciben que es esta comunidad la que mejor conoce y exige sus derechos en salud.

A mí me pasa en morbilidad en la parte médica, tengo mucho, mucho, mucho peruano que viene a buscar licencia médica para no trabajar. Entonces yo venía con la percepción de los peruanos son súper trabajadores y me estoy cambiando porque es impresionante es porque me torcí... y en el momento te dicen el pie, (risas) entonces o estoy resfriado y tú te das cuenta que no y a la semana vuelven y le paso otra cosa y otra cosa y licencia, licencia, licencia... **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Los trabajadores de salud de la comuna de Independencia perciben claras **diferencias de actitud** entre las comunidades de migrantes, por ejemplo entre la colonia peruana y los migrantes de Haití, quienes serían obedientes y cumplidores como pacientes. Esta percepción es corroborada por otros profesionales de salud,

Y es muy muy demandante y de repente hace que colapsa de repente a los, incluso no sé a usted, pero a las personas que lo están atendiendo porque quieren la hora, quieren la hora ya, quieren ser atendidos y si se pasaron un poco saben el tema de horarios y los beneficios por ejemplo a las embarazadas, saben todo lo que les corresponde! Entonces ahí de repente se causan ahí algunos problemitas. **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Sobre todo la comunidad peruana, ellos tienen pero clarísimo cuáles son sus derechos y pocas cosas que son sus deberes. Sí, ellos son muy exigentes, hablo de los peruanos no así del resto. El resto son como más sometidos. El otro día conversábamos con la... y yo le hacía referencia de que los haitianos son como tan amorosos, son súper cumplidores de las indicaciones y me decía claro, ellos tienen una cultura así como súper vertical entonces ustedes son autoridad para ellos y ellos agachan el moño y hacen todo lo que ustedes dicen, no así los peruanos, pero yo esa parte no la tenía como clara porque ellos son súper buenos pacientes... **Entrevista 95, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Dentro de las dificultades descritas de acceso de la población migrante, se encuentra el **exceso de trámites asociados a la inscripción**, cantidad de exámenes, tiempo de espera. Destaca la percepción descrita de **discriminación**, pero no de manera transversal, sino asociada a país de origen. Es así como **inmigrantes peruanos relatan historias de malos tratos** y falta de atención. Esta situación es, en algunos casos, reconocida no solo por los mismos funcionarios de salud, sino también se describen historias previas, que se sembraron una década antes.

Lo que pasa es que aquí hubo un gobierno local (...) durante 16 años, en que la cosa fue creciendo y yo creo que él no vio la envergadura del problema (...) el municipio ni siquiera tenía una oficina inmigrante... no se hacía cargo de verdad, porque probablemente fueron los mismos 16 años que ha tomado todo éste proceso migratorio y ... no se dio cuenta de nada de lo que estaba pasando, era... estos peruanos cochinos... ya, porque así era la cosa, porque tiraban la basura para la calle y yo una vez le escuché ese discurso, que son chanchos, que tiran la basura, que tiran la caca, no sé, ya. **Entrevista 95, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Los migrantes entrevistados se muestran descontentos con el funcionamiento de los CESFAM, tanto con el trato que reciben, como con las esperas por atención y especialmente con el sistema para pedir hora, que obliga a los pacientes a llegar muy temprano a sacar un número.

No y aparte yo creo que la mayoría de los extranjeros no van a los consultorios porque es muy temprano para ir y sacar los niños a esa hora más encima por una emergencia bueno la mayoría que yo conozco acude a particular porque aparte yo no encuentro que sale tan caro y ahí más encima ellos tienen la paciencia de explicarte de decirte... uno a veces en los consultorios todo rápido porque hay mucha gente, se agotan rápido. **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

A veces ni quería ir ya al consultorio porque igual es mala la... a veces no sé qué me da igual la que te atiende también la matrona era muy, ella sí como que le tiene mala como le dicen acá mala leche a los peruanos, específicamente a los peruanos y así como que no, igual, por eso traté que no me tocara control con ella, buscaba, pero igual tenía que ir, igual tenía que controlarme... **Entrevista 93, Mujer, Migrante Peruana, Junio 2015.**

Respecto a la resolución de problemas de salud, habitualmente se realiza con **automedicación** y asistiendo a centros y farmacias de bajo costo. Según relatan, tienen mayor acceso y de esta manera evitan malos tratos y tiempos de espera por atención.

Es que como uno anda así encontrándose con personas de nuestro país o extranjeros, uno dice oye pero ahí está el Doctor Simi, o sea hay días, los lunes creo que son gratis (...) pero después tres lucas te cobran, ahora están cobrando \$3.000 pero yo prefiero pagar los \$3.000 y no me miran mal, entonces... **Entrevista 100, Hombre, Migrante Peruano, Agosto 2015.**

Ah ya. No, no yo si me siento mal: yo misma me auto medico porque igual nosotros traemos de allá medicamentos y ya sabemos más o menos lo que uno puede tener y me auto medico. **Entrevista 93, Mujer, Migrante Peruana, Junio 2015.**

Si no hay control lo llevo al Integra Médica o a la Dávila, la consulta sale como 5 mil pesos (...) te atienden mejor con paciencia y a veces te regalan medicamentos que son muestras médicas así. **Entrevista 100, Hombre, Migrante Peruano, Agosto 2015.**

Pese a lo descrito, en algunos casos la población migrante reconoce al comparar la atención que se brinda en los centros de salud de Chile como **mejor que la otorgada en su país de origen**, tanto en APS como en otros niveles.

Bueno acá yo en Chile, encuentro la, este... en cuestión de salud: mejor que en Lima, por lo menos a mí me han atendido mejor que, que en Lima... **Entrevista 105, Mujer, Migrante Peruana, Agosto 2015.**

Yo siempre me he atendido siempre en consultorio con mis dos hijos y hasta ahora súper bien en San el José... aunque yo he escuchado en las noticias tantas cosas que hablan. Mi hijo se está tratando en el Roberto del Río por un problema en el riñón, súper bien, esta con especialista pero no tengo quejas de que me han tratado mal o me han discriminado a mí, no se a otras personas... A mí tampoco... **Entrevista 108, Grupo Focal Migrantes, Agosto 2015.**

Para mí es muy buena porque gracias a Dios nunca he tenido ningún inconveniente, siempre me han atendido bien, todo sí. Aunque hay personas que dicen lo contrario pero a mí nunca. **Entrevista 103, Mujer, Migrante Dominicana, Agosto 2015.**

El equipo de salud describe a Atención Primaria como un **sistema presionado**, que con la llegada de la población migrante **ha aumentado aún** más el trabajo de los equipos, encareciendo los costos y haciendo más escasos los recursos disponibles, situación que intensifica, entonces, la percepción de población migrante como amenaza para sus condiciones de trabajo y desempeño.

O sea yo creo que nosotros estamos con déficit desde infraestructura que no tenemos el espacio, o sea está la opción de tener más personas, más profesionales pero no hay espacio, entonces eso ya es un problema tanto para la población chilena como para los extranjeros y de ahí para adelante... Cosas básicas como insumos básicos, papelería, que te falta preparar la ficha que tienes que andar sacando fotocopia, la fotocopidora está mala... no tiene tóner, cosas como domésticos mínimos que igual influyen... **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

El volumen, el no financiamiento de las prestaciones que le entregamos... entregamos, diría que eso es lo más crítico, porque en el fondo nosotros atendemos a una población que no está en situación regularizada en Chile, que no tiene su Fonasa al día, no recibimos ni un peso por ellos, entonces tenemos que estar permanentemente financiando desde el municipio esas prestaciones, y bueno, esa misma gente ya nosotros la financiamos la vemos pero si se requiere el apoyo de un nivel secundario, de hospital, ahí tenemos freno, tenemos cuello de botella porque no pueden financiar ese tipo de prestaciones **Entrevista 96, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Va a llegar un punto en que vamos a colapsar más de lo que estamos ahora con el tema de salud... O sea ya no da, hay un déficit impresionante de horas, de profesionales, las consultas de morbilidad, las colas en la mañana... La lista de espera ... No, no da. **Entrevista 99, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Julio 2015.**

Dentro de los propios entrevistados surgen ideas de cómo **mejorar la atención de los migrantes**, dentro de las que se encuentran la realización de capacitaciones, de carácter sistemático, orientadas a fortalecer competencia cultural.

Yo creo que trabajar la desconfianza y trabajar nuestras habilidades blandas creo que hay que hacer (risas), es lo que hay que hacer, los administrativos que son, oye son déspotas con los chilenos y se empoderan de un rol que de adonde, si hoy día estamos ahí y mañana estamos no sé dónde, es un tema súper heavy el sentirse en una situación de poder que no es nada... poh, si cuando ha sido situación de poder. **Entrevista 95, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Y en alguna oportunidad ellos vinieron a hacernos una como una, no capacitación pero sí una charla a los profesionales para contar que era el proceso migratorio pero no es una cosa sistemática en que la capacitación que yo siento que necesitamos, ya que es la cosa cercana, que es una cosa relacional, que es una cosa más humanizada en el fondo si eso es lo que yo siento que hace falta porque todo lo otro va a llegar por decreto, son las cosas políticas, son políticas públicas que las vamos a tener que aplicar porque estamos en el sector público. **Entrevista 95, Director de CESFAM, Julio 2015**

No, yo siento que ahí necesita no sé, hacer una capacitación pero como bien desde adentro me entiendes, en que no sé hagan su role playing y te hagan sentir un poco lo que debe sentir una persona que está afuera y que no tiene a nadie! **Entrevista 95, Director de CESFAM, Julio 2015.**

Finalmente, resulta relevante destacar que frente al tema del hacinamiento, la Municipalidad de Independencia en conjunto con varios departamentos de dicha institución, se encuentran realizando el diseño de estrategias que den respuesta a esta problemática, actividades que contemplan **catastro de las viviendas colectivas, fiscalización y, finalmente, según las condiciones de habitabilidad de la vivienda, se puede realizar un desalojo hasta que se realicen las mejoras necesarias** en dicha infraestructura.

El Departamento de Obras está generando una fiscalización constante a las viviendas colectivas, primero desde un catastro, que cada vez va creciendo, donde a través de denuncias o información de vecinos o de otros funcionarios se detecta que hay una vivienda colectiva y se genera un proceso de fiscalización, para ver las condiciones de habitabilidad... Se puede declarar inhabilitabilidad de la vivienda, lo que implica un proceso de desalojo, pero como se puede generar eso en todos, porque si no se generaría un problema social mucho mayor, mucha gente en la calle, se está haciendo paulatinamente... [...] Además se realiza un acompañamiento social a las familias, con recursos hasta hace poco, provenientes solo desde municipio, donde se les apoya con un subsidio de arriendo a las familias para que consigan otro lugar. [...] nosotros tenemos una especie de comisión técnica que está asociada a vivienda, los encargados territoriales, la oficina de protección de derechos de la niñez y la oficina de migración conformamos una mesa que tiene que ver con los desalojos, para hacer un seguimiento y el departamento de obra una vez que declara inhabitable la vivienda, da aviso a vivienda para que se inicie el proceso de acompañamiento social... Estamos mejorando la convivencia a nivel del barrio... tenemos charlas permanentemente con las unidades vecinales, con los vecinos chilenos también para que vayan comprendiendo el fenómeno y vamos derribando prejuicios que se van instalando... ahora vamos a generar una campaña que este momento está en comunicaciones el material que elaboramos que es una campaña con afiches, con información e intervención en viviendas colectivas para mejorar el tema de la convivencia... por ej, con el tema de la basura... Nosotros estamos entregando contenedores [de basura] gigantes a las viviendas... la idea, a propósito de la basura, es hacer algo mucho mayor, que tiene que ver con el ruido, las fiestas, el consumo de alcohol, a través de un compromiso. **Entrevista 140, Autoridad Local, Julio 2016.**

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

A, migrante peruano, anteriormente había vivido 9 años en Japón, volvió a Perú, fue estafado y perdió todo, lo embargaron, decidió migrar a Chile. Llegando, un chileno le vendió una visa turista falsa, cobrándole 100 dólares. Fue detenido y encarcelado en Iquique.

Ahora vive en Independencia, trabaja en lavado de autos. Se siente contento con su actual trabajo, dice que lo tratan muy bien. Vive con su esposa en un departamento. Tiene su situación migratoria regulada. Cuenta con AFP y Fonasa. Se siente contento con salud, ya que lo atendieron de manera gratuita. En ocasiones resuelve problemas de salud en la farmacia del Sr. Simi, donde por 3 mil pesos obtiene una consulta médica.

Le gustaría que los chilenos lo trataran de mejor forma. A veces se siente discriminado cuando le dicen "peruanito"

M, migrante peruana, 31 años, casada, madre de dos hijos: una niña de 7 años y un niño de 4 meses. Vino buscando mejores oportunidades de trabajo y de vida. Por otra parte, quería reencontrarse con su familia de origen, quienes se habían venido a Chile en años anteriores.

Tanto ella como su pareja se encuentran en situación irregular actualmente, no la han regularizado porque les cobran una multa de 120 mil pesos, dinero que no pueden pagar. Ha tenido problemas para inscribir al recién nacido en Fonasa, actualmente su hijo no tiene nacionalidad.

En relación a las consultas de salud a nivel primario, ha tenido una mala experiencia de atención. Explica que la salud en Chile es mala porque se demoran mucho en conseguir hora, tiene que llegar temprano al Consultorio y la fila es enorme.

En el Hospital San José tuvo su último parto, califica la como muy buena la atención. Además le regalaron un ajuar completo para el recién nacido y está contenta.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	PROBLEMAS- NECESIDADES DE MIGRANTES IDENTIFICADAS	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<p>Estigma-Prejuicio hacia población migrante por parte del personal de salud, condición que pudiera conllevar a escenarios de discriminación que dificultarían el acceso a salud.</p> <p>Riesgo de salud otorgado por eventuales conductas sexuales de riesgo</p> <p>Ingreso tardío de control de embarazo</p>	<p>Desarrollar estrategias de sensibilización sobre el fenómeno migratorio en los funcionarios y/o trabajadores de salud, acompañado de capacitación en ámbitos como competencia cultural, enfoque de derecho, entre otros, con la intención de mejorar y facilitar el acceso y uso efectivo de servicios de salud de la población migrante. Estas capacitaciones debieran realizarse de manera sistemática.</p> <p>Difusión de derechos de atención de salud para migrantes, con énfasis en los beneficios para embarazadas, niños y adultos en situación de urgencia.</p>
Comunidad	<p>Estigma, prejuicio y discriminación a diversos tipos de comunidades inmigrantes.</p>	<p>Campañas de integración entre población de chilenos y migrantes a través de procesos de participación ciudadana, cabildos abiertos, entre otros, donde se potencia la participación de líderes comunitarios provenientes de población migrante.</p>
Políticas intersector en ámbitos Nacional e Internacional	<p>Falta de financiamiento por parte de los equipos de salud del estado de salud actual de la "población migrante flotante" (sin rut) en los Centros de Salud de APS y a nivel secundario.</p> <p>Falta de coordinación entre organismos vinculados a políticas migratorias y salud: Fonasa y departamento extranjería. La falta de trabajo colaborativo entelentece los procesos de inscripción incluso para los niños nacidos en Chile.</p> <p>Falta de fiscalización en la política habitacional, en cuanto al subarrendamiento.</p>	<p>Consolidar estrategia de Política Comunal de Migración, en vías de elaboración desde el Municipio</p> <p>Fortalecer mesas de trabajo actualmente existentes, vinculadas a vivienda, trabajo, educación y salud.</p> <p>Vigilancia activa de construcciones que no cuentan con permiso para ser subarrendadas, lo que a su vez permite vigilar que éstas cuenten con las condiciones mínimas de habitabilidad para población migrante.</p>
Investigación	<p>Falta transferencia de información levantada en otras investigaciones</p>	<p>Diseñar estrategias que permitan mejorar la difusión de investigaciones que se hayan realizado en la comuna respecto a la salud de población migrante en la Comuna.</p>

8. Referencias

- Municipalidad Independencia. Historia Comuna Independencia [Internet]. Available from: <http://www.independencia.cl/historia/>
- Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social. Reporte Comunal: Independencia, Región Metropolitana [Internet]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/metropolitana/Independencia_2013.pdf
- Municipalidad Independencia. Diagnóstico Global Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2015-2020. Tomo I [Internet]. Available from: www.independencia.cl/wp-content/uploads/2015/08/diagnostico_global.pdf
- Departamento Extranjería y Migración. Estadísticas Migratorias [Internet]. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>
- Municipalidad Independencia. Diagnóstico Global PLADECO 2015-2020 Comuna Independencia. 2015.
- SEREMI RM, MINSAL. Sistema de Información Territorial de la Autoridad Sanitaria Región Metropolitana (SITAS) [Internet]. Available from: <http://geoportal.asrm.cl/>

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Independencia Total: 26	Información Sociodemográfica
Autoridades de Salud o Locales 3 (3 entrevistas individuales)	Sexo: 2 mujeres, 1 hombre Rango de Edad: 46-62, Promedio: 54,66 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario 10 (1 grupo focal, 10 participantes)	Sexo: 10 mujeres Rango de Edad: 31-56, Promedio: 37,00 años
Migrantes, Total: 13 (8 entrevistas individuales y un grupo focal de 5 participantes)	Sexo: 12 mujeres, 1 hombre Rango de Edad: 27-67, Promedio: 38,69 años Nacionalidad: 10 peruanos, 1 colombiano, 1 ecuatoriano y 1 dominicano Años viviendo en Chile: 1-9, Promedio: 4,22 años

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Hospital San José
Hospital Roberto Del Río
Instituto de Oncología Dr. Caupolicán Pardo
Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo
Centro de Salud Familiar Juan Antonio Ríos
SAPU Juan Antonio Ríos
COSAM Independencia
Módulo Dental Nueva Zelanda
Módulo Dental Camilo Mori

10. Acerca de los autores

Macarena Chepo, MSc(c)

Enfermera, Post título Salud Familiar y Comunitaria, Magíster (c) en Salud Pública, Universidad de Chile. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carrera Enfermería. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: migración y salud, automanejo de enfermedades crónicas.

Email: mchepo@udd.cl

Ana M McIntyre, MSc

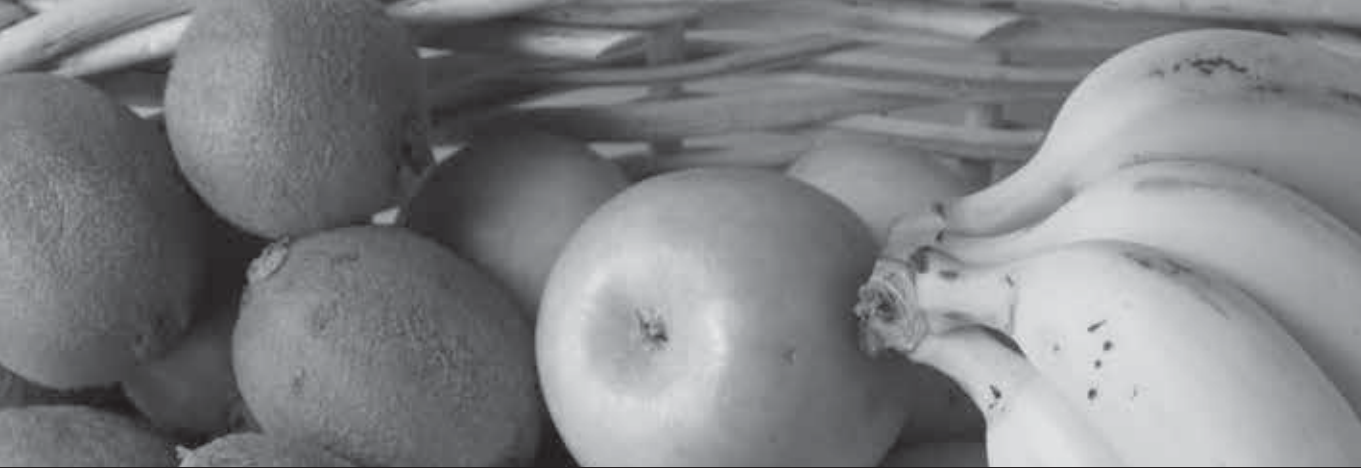
Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

Email: ammcintyre@udd.cl

Carlos Muñoz R

Encargado de implementación de estrategias e integración social de personas migrantes de la comuna de Independencia. Fue Director Ejecutivo de Colectivo Sin Fronteras.

Email: cmunozr@independencia.cl



Capítulo 21

Estudio de Caso: Comuna de Recoleta



Javiera Flaño Olivos, MD, MSc

Docente e Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Coordinadora área gestión del conocimiento y asesora en salud, América Solidaria Internacional

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna de Recoleta?

- En la comuna de Recoleta conviven diversas realidades y migrantes de diversas nacionalidades. Existe mucho comercio, mediana y pequeña empresa. Alto porcentaje de migrantes que viven en condiciones de vulnerabilidad.
- Los migrantes palestinos, peruanos y bolivianos han estado presentes desde larga data en la comuna y es una población que está mejor insertada e integrada en la cultura local Chilena y en el funcionamiento de la comuna. Por lo mismo, en general también ellos cuentan con más redes de apoyo. En el último tiempo se han incorporado migrantes de otros lugares como Argentina, Colombia, Ecuador y Haití entre otros. Su presencia ha acarreado prejuicios y discriminación.
- Es una comuna innovadora y pionera, con políticas y programas locales no solo en el área de salud sino en todas las áreas, para la inclusión e integración de los migrantes en la comuna. Estas políticas y programas se basan todas en el enfoque de derechos humanos.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes aquí?

- Los migrantes viven, en general, en condiciones precarias. En general viven en piezas arrendadas dentro de casas compartidas, destacando las condiciones de hacinamiento, las cuales a su vez traen problemas de salud e inseguridad. El arriendo es caro y los espacios pequeños.
- Hay entre 13.000 y 15.000 personas migrantes en la comuna. En términos generales, se calcula que aproximadamente un 20% de la población migrante está en condición irregular. La población migrante se vincula a trabajos ligados al comercio y servicios, asesoras del hogar y trabajos independientes.
- Los inmigrantes viven agrupados, principalmente en los sectores más antiguos de la comuna. Específicamente en la zona sur de la comuna.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Capacitación: a funcionarios públicos en general, entre ellos capacitar a Funcionarios o Trabajadores de salud y los equipos de salud. Principalmente en temas de sensibilización y buen trato a población extranjera. Así mismo, capacitaciones en temas de leyes, deberes y derechos vigentes de población migrante en todas las áreas, incluyendo salud.
- Políticas públicas: en el área de migración y salud, potenciando las iniciativas implementadas en atención primaria y más importante, generando políticas en el nivel secundario y terciario en salud. Potenciar y reforzar las iniciativas actuales en las cuales ha participado e iniciado la comuna de Recoleta como el plan piloto de salud en población migrante del Ministerio de Salud, el enfoque de derechos humanos en todas las áreas, entre otros.
- Comunidad: informar a la comunidad de migrantes respecto a sus derechos en atención de salud y en el acceso a servicios y oportunidades de otras áreas también. Apoyar el encuentro y la integración de la población extranjera al interior de la comuna, generando vínculos, mediante actividades y espacios comunitarios entre las distintas comunidades extranjeras pero también con la comunidad chilena.
- Intersectorialidad: conexión, comunicación y coordinación entre los distintos niveles de la atención en salud, con el fin que puedan compartir información respecto a la población migrante y con ello facilitar el acceso y mejorar las atenciones en salud. Asimismo trabajar en conjunto con otras áreas y con extranjería con el fin de avanzar en acciones coordinadas en materia de salud y gestión no solo a nivel local sino que también regional y nacional.

d) Palabras Clave: Recoleta, migrantes internacionales, Chile, salud, vulnerabilidad social, centros de salud

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La comuna de Recoleta se encuentra en el sector norte de la ciudad de Santiago y es parte de la provincia de Santiago, Región Metropolitana. Hacia el norte limita con la comuna de Huechuraba, hacia el oeste con las comunas de Independencia y Conchalí, hacia el este con las comunas de Providencia y Vitacura y hacia el sur con la comuna de Santiago. Dentro de estos límites, tiene al Cerro San Cristóbal y al Río Mapocho como fronteras geográficas naturales (1).

La comuna se localiza en la Cuenca de Santiago, la cual posee un clima templado - cálido de tipo continental, con estaciones muy marcadas y precipitaciones promedio del orden de los 300 mm anuales, similares para toda la cuenca (2).

La comuna comprende un área de superficie de 16,2 km². Su población se compone de 148.220 habitantes de los cuales hay 75.906 mujeres y 72.314 hombres. Su densidad poblacional es de 9.149,4 para el año 2002 según el INE (3), y es una comuna con población 100% urbana (1).

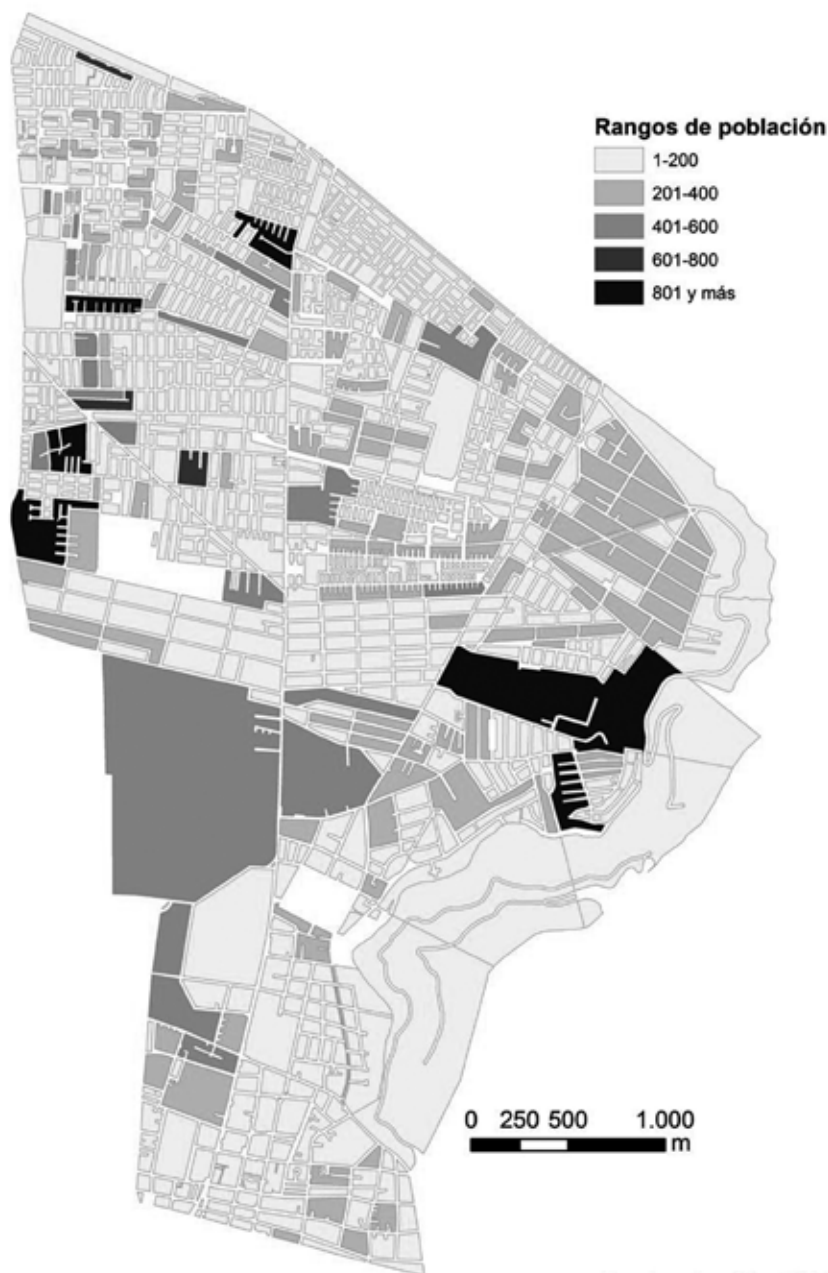
Recoleta destaca por estar entre las comunas de mayor superficie de áreas verdes en el área metropolitana, con 293,1 hectáreas. Este valor se debe en gran parte a la presencia del Parque Metropolitano (2).

La comuna de Recoleta se fundó legalmente en Mayo del año 1981. Sin embargo la administración territorial la realizaban las Municipalidades de Conchalí y Santiago, hasta Enero de 1992, fecha en que se crea la Municipalidad de Recoleta. La comuna de Recoleta se sitúa en el territorio que antes se llamaba "La Chimba", que en quechua significa "de la otra banda" o "del otro lado", porque se encontraba al lado norte del Río Mapocho. Este era un sector agrícola periférico para luego pasó a ser "la despensa" de la capital y epicentro de la actividad comercial del pueblo, asunto que se mantiene hasta el día de hoy.

Figura 1.

Mapa general de la comuna de Recoleta, descripción espacial de su población total según datos censales 2002.

Población total en Recoleta por manzana censal

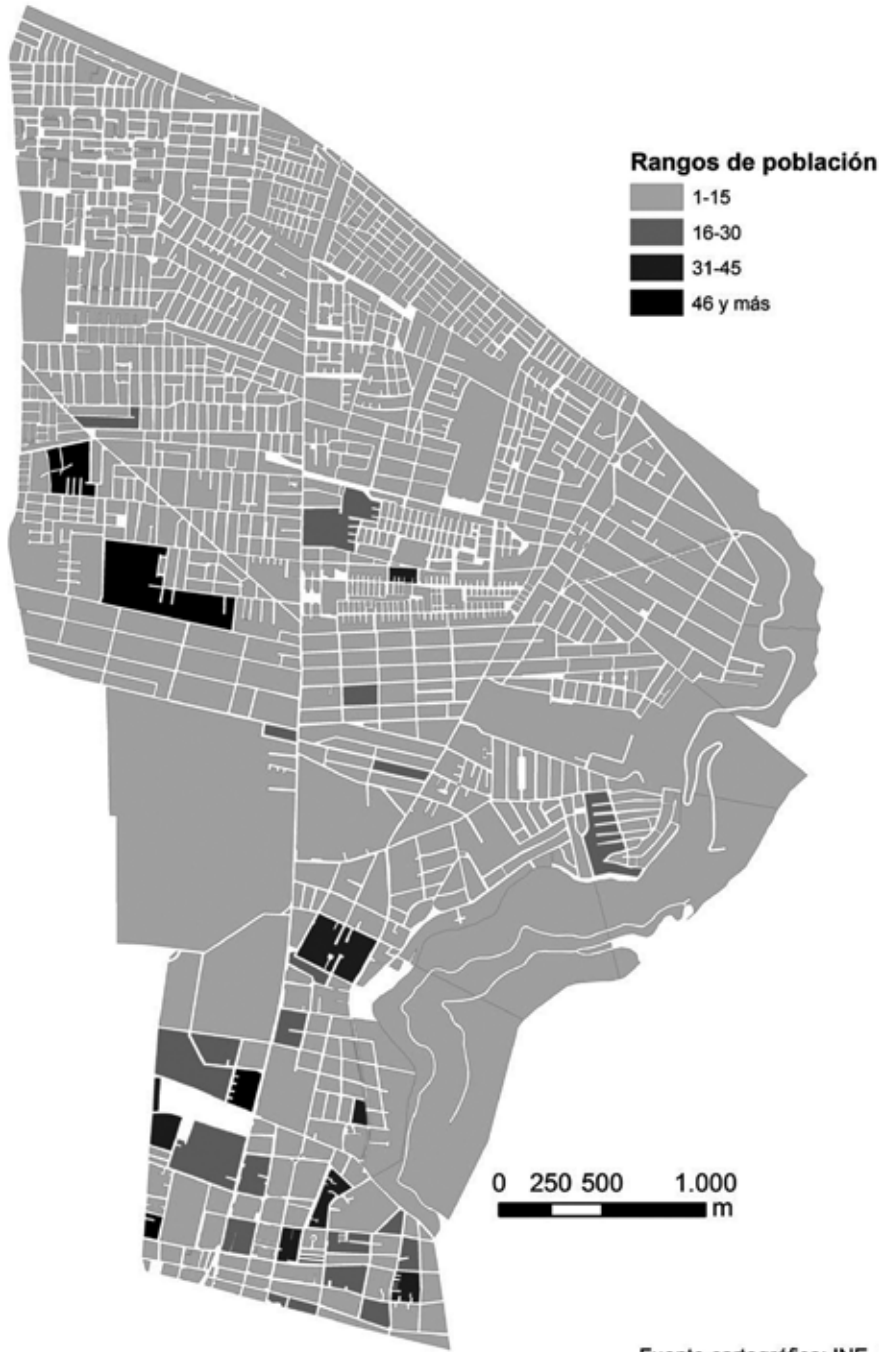


Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 2.

Mapa general de la comuna de Recoleta, descripción espacial de su población inmigrante según datos censales 2002.

Población inmigrante en Recoleta por manzana censal



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

2.1. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

Esta comuna se caracteriza por ser históricamente un lugar de llegada y acogida a los migrantes y ser una comuna multicultural. **La colonia palestina de manera tradicional y en las últimas décadas la comunidad peruana** constituyen la presencia de mayor trayectoria en la comuna en términos de inmigración. Últimamente han llegado gran número de migrantes centroamericanos y colombianos, de los cuales aún no hay estadísticas oficiales.

De acuerdo a los datos del Censo 2012 los migrantes suman un total de 10.019 personas de los cuáles tenemos 5.138 mujeres y 4.881 hombres. De acuerdo a la población inscrita en los CESFAM de la Comuna se estima que entre el 8 y 10% de la población inscrita es extranjera, principalmente mujeres en edad fértil. Pero, dado los problemas que hubo con el Censo 2012 y al no contar con otra información oficial, se estima que la población de origen migrante en la comuna debe ascender a los 15.000 habitantes aproximadamente (2).

Según datos del Censo 2012, en la comuna, las 5 comunidades mayoritarias de migrantes serían: Perú: 7.183, Argentina: 515, Colombia: 382, Bolivia: 356, Ecuador: 347. Excepto Argentina, esta migración se caracteriza por ser de componente mayoritariamente femenino. Durante los últimos años, también ha crecido la comunidad proveniente de Corea (principalmente, Corea del Sur). Esta última es probablemente una de las colonias más cerradas ya que casi no ha logrado integrarse con el resto de la comunidad. La mayoría de los migrantes de Corea está concentrada en el Barrio Patronato, donde poseen fábricas textiles y comercios del rubro de vestuario principalmente (2).

De acuerdo a la estimación de 15.000 habitantes migrantes, Recoleta sería la segunda comuna de la Región Metropolitana con mayor número, trabajo y circulación de migrantes, así como solicitud de residencia. (2).

Respecto a cifras entregadas por Extranjería, para el año 2012, la población migrante de la comuna de Recoleta que solicitaba visa, alcanzaba un total de 4984 personas, incluyendo requerimientos para visa temporaria (38,92%), estudiante (0,64%) y sujeta a contrato (60,43%). En relación al país de origen, la mayoría provienen desde Perú (62,19%), en segundo lugar Bolivia (7,76%), en tercer lugar Colombia (6,48%), cuarto lugar Ecuador (2,86%) y quinto lugar Haití (2%). La distribución por sexo es la siguiente, 46,44% son de sexo femenino y un 53,55% del sexo masculino. En relación a al nivel educacional de las comunidades migrantes, dentro de los datos informados (n=1394, 27,96%) la gran mayoría declaró pertenecer a un nivel medio (55,59%), seguido del nivel básico (27,11%), en tercer lugar universitario (6,88%) y nivel técnico (1,76%). Un 1,21% declaró pertenecer a nivel pre-básico y 2,86% declaró "ninguno" (5).

De acuerdo a la distribución por edad, para la fecha de solicitud de visa, en su mayoría pertenecían al tramo de 21 a 30 años (40,58%) en segundo lugar de 31 a 59 años (37,13%), el tramo en tercer lugar está ocupado por las edades entre 11 a 20 años (10,13%), 4to y 5to lugar lo ocupan los menores de 5 años y de 5 a 10 años (2,62% y 3,65% respectivamente). Finalmente, de 60 años y más un 5,85% (5). En relación a las principales ocupaciones, un 61,75% declaró ser empleado o empleado doméstico, 10,99 % estudiantes; 5,68% obrero o jornalero, 5,67 % señaló ser dueña de casa, 5,11% inactivos, 2,14% empresario o patrón y un 0,8% no informó su ocupación (5). Respecto a los que solicitaron permanencia definitiva para el 2012, fueron un total de 1029 personas, de las cuales en su mayoría son del sexo masculino (50,34%), principalmente provienen de Perú (76,77%) seguido de Bolivia (4,95%), predominantemente comprenden las edades entre 21 y 59 años (71,33%), ocupación empleado o empleado doméstico (44,98%) y en su mayoría con nivel educacional medio (n=329, 31,97% del total) (5).

Dentro de la comuna ha habido varias **iniciativas para la inclusión**, integración y participación de la comunidad migrante. Dentro de estas destaca la creación de un programa de migrantes. Desde el año 2013, se implementó el **Subprograma Migrantes como parte del Programa Social de la Dirección de Desarrollo Comunitario** (DIDECO). Este programa obedece a la necesidad de relacionarse con las distintas personas y culturas que habitan la comuna, siendo una de las comunas con mayor cantidad de migrantes de todo el país, se busca que la comunidad migrante se integre sin perder su identidad y favoreciendo la interculturalidad. El programa se fundamenta en tres enfoques: Derechos humanos, Género y Ciudadanía y consta de tres líneas fundamentales: **capacitación y sensibilización en torno a la temática a funcionarios municipales, la entrega de información a migrantes y el trabajo con comunidades** de base (1,6). Los principales problemas que se abordan son: acceso a servicios en salud y educación; malas condiciones habitacionales y abuso en el cobro de arriendo de las viviendas. Con la implementación de este programa se ha logrado la participación de los migrantes, mediante el Consejo de Desarrollo local del Centro de Salud Familiar (CESFAM) y la creación de un piloto de salud participativo (1,6). Entre los logros de este programa destaca la obtención de fondos para entregar capacitación laboral a personas de origen extranjero (1).

3. Vulnerabilidad social de la comuna

3.1. Descripción general de la vulnerabilidad social de la comuna

De acuerdo al Reporte Comunal del Observatorio Social, al año 2011, el 11,5% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, lo cual no difiere de forma estadísticamente significativamente de la tasa registrada a nivel regional (11,5%) y nacional (14,4%)(7). En el ámbito de los ingresos, a Abril 2013, se estima que la renta promedio mensual de los afiliados al seguro de cesantía, es de aproximadamente 533,5 mil pesos, cifra inferior al promedio regional (632,9 mil pesos) y nacional (563,4 mil pesos) (7).

En términos de protección laboral, la proporción de la población de 20 años y más, afiliada al seguro de cesantía (44,5%) supera el porcentaje observado a nivel regional y nacional (34,2% y 32,9% respectivamente). En tanto, una menor proporción de los afiliados de la comuna se encuentra entre el 40% de afiliados de menor renta promedio (quintiles nacionales I y II) (7). Asimismo una proporción mayor a la del país, tiene contrato indefinido. Respecto a la educación, en Recoleta un 23,3% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos municipales, un 62,9% a particulares subvencionados, un 9,4% a corporaciones de administración delegada y un 4,4% a particulares pagados. Los resultados promedio obtenidos por los alumnos que estudian en la comuna, en las pruebas SIMCE 2012, en general son menores a los observados en promedio en la región y el país, aunque en las pruebas de 4° Básico e Inglés de III Medio las diferencias no son significativas estadísticamente (7).

En el ámbito de la vivienda, y según información de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es mayor al porcentaje de hogares en esta situación en la región y a nivel país. En relación a las condiciones de saneamiento de las viviendas, la comuna presenta un porcentaje deficitario mayor al regional y menor al nacional (7). Referente a las condiciones del entorno, la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar como la tasa de delitos de mayor connotación social (año 2012) son mayores en la comuna que en la región y el país. Siendo esta última tasa, especialmente elevada (7). La proporción de hogares victimizados durante el año 2012 fue de 21,4 mientras que el año 2011 era de un 32,2. Las victimizaciones más frecuentes son hurto, robo por sorpresa y robo con fuerza en la vivienda, en orden decreciente. Los vecinos perciben que la delincuencia disminuyó y que el lugar más seguro para ellos es en su casa (Nota 5,4) y el menos seguro es la calle (Nota 3,4) (8). Cabe destacar que para el año 2013 lideró el índice de victimización en todo Santiago con un 45,3% según Fundación Paz Ciudadana.

3.2. Análisis espacial de la vulnerabilidad social de la comuna

La distribución del indicador de vulnerabilidad va en un rango de 0 (menos vulnerable) a 1 (mayor vulnerabilidad). El mapa muestra la distribución de vulnerabilidad considerando un índice de privación múltiple basado en 3 variables sociodemográficas: personas con discapacidad, personas desempleadas y personas que reportan bajo nivel de educación, para el año 2002, de acuerdo a la disponibilidad de datos del último censo oficial en Chile. Este indicador se calculó para la población total y para los migrantes internacionales. En ambos casos la escala de análisis es la manzana censal, correspondiente a la máxima desagregación territorial urbana y por ello, permite realizar un análisis espacial de detalle.

El mapa de Distribución de vulnerabilidad en Recoleta 2002, muestra que la vulnerabilidad de la población general se concentra espacialmente en manzanas específicas y aisladas, localizadas al Este y Oeste del centro de la comuna. Ocasionalmente hay manzanas que presentan un rango de vulnerabilidad mayor en la zona sur de la comuna. En términos generales, predomina una baja vulnerabilidad en términos comunales, en relación a los intervalos considerados (gama de verdes). Por su parte, la vulnerabilidad mayor alcanza un rango medio (0,25-0,50).

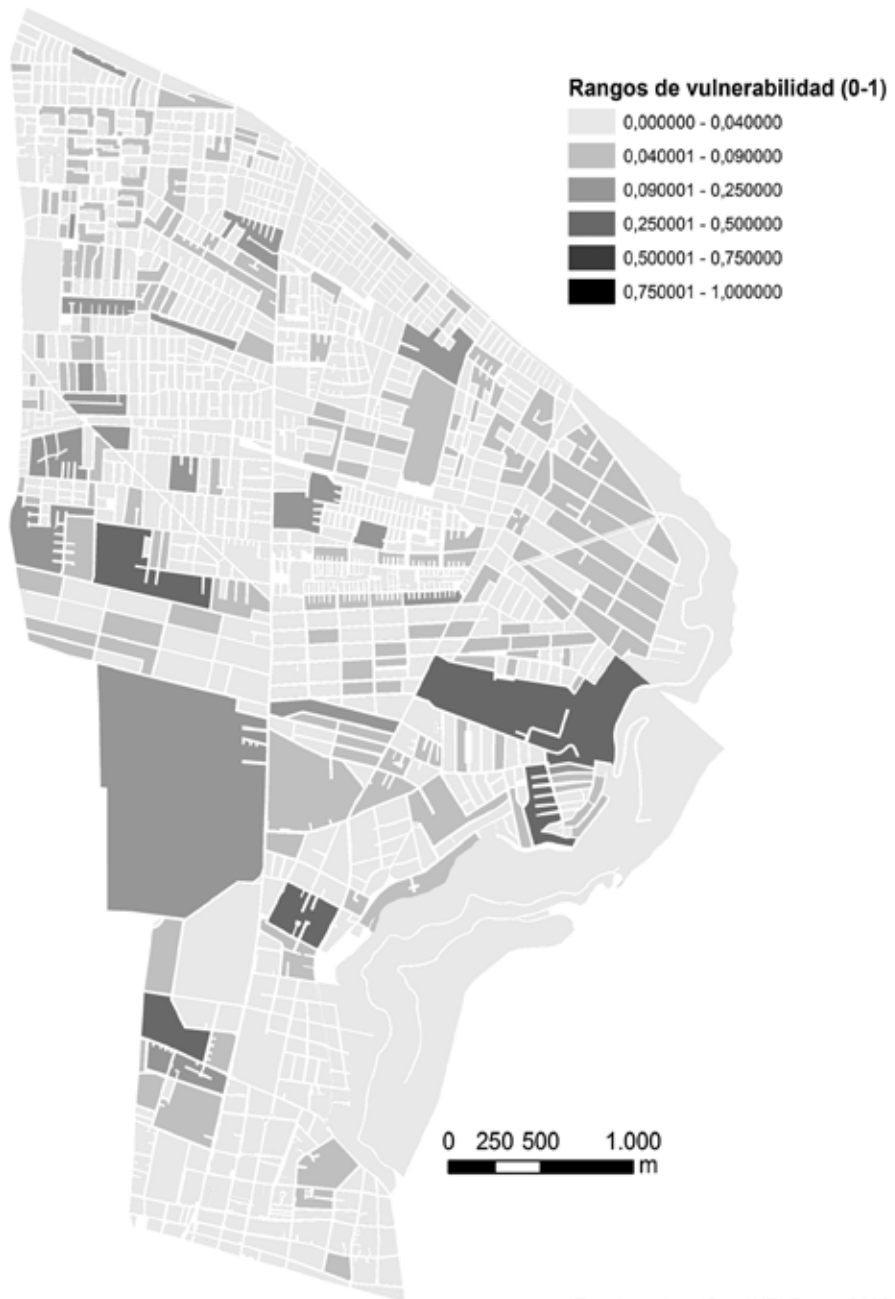
En cuanto a la vulnerabilidad de migrantes, se observa un patrón de distribución distinto al de la población general, pues aparecen manzanas con un rango de vulnerabilidad mayor (llegando al rango más alto de vulnerabilidad, 1), las cuales además se encuentran localizadas en zonas distintas que las que se aprecian en el mapa de distribución de vulnerabilidad para la población general. Esto llama la atención sobre un patrón que aparece más bien concentrado en la zona sur de la comuna, en donde hay más manzanas próximas que comparten altos niveles de vulnerabilidad, sumado a casos aislados de manzanas con alto rango de vulnerabilidad en la zona centro de la comuna hacia el Oeste.

En términos generales, el patrón de distribución de vulnerabilidad para el caso de Recoleta es distinto en el caso de la población total que en el caso de migrantes internacionales, siguiendo no sólo patrones de concentración distintos (uno en forma aislada y el otro en forma concentrada al sur de la comuna), sino alcanzando rangos de vulnerabilidad mayor para migrantes. Esto supone un desafío en términos de cómo abordar la vulnerabilidad en su multidimensionalidad y en cuanto a las estrategias territoriales a seguir para reducirla en estos dos grupos demográficos distintos.

Figura 3

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Recoleta respecto de su población total, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidades en Recoleta 2002

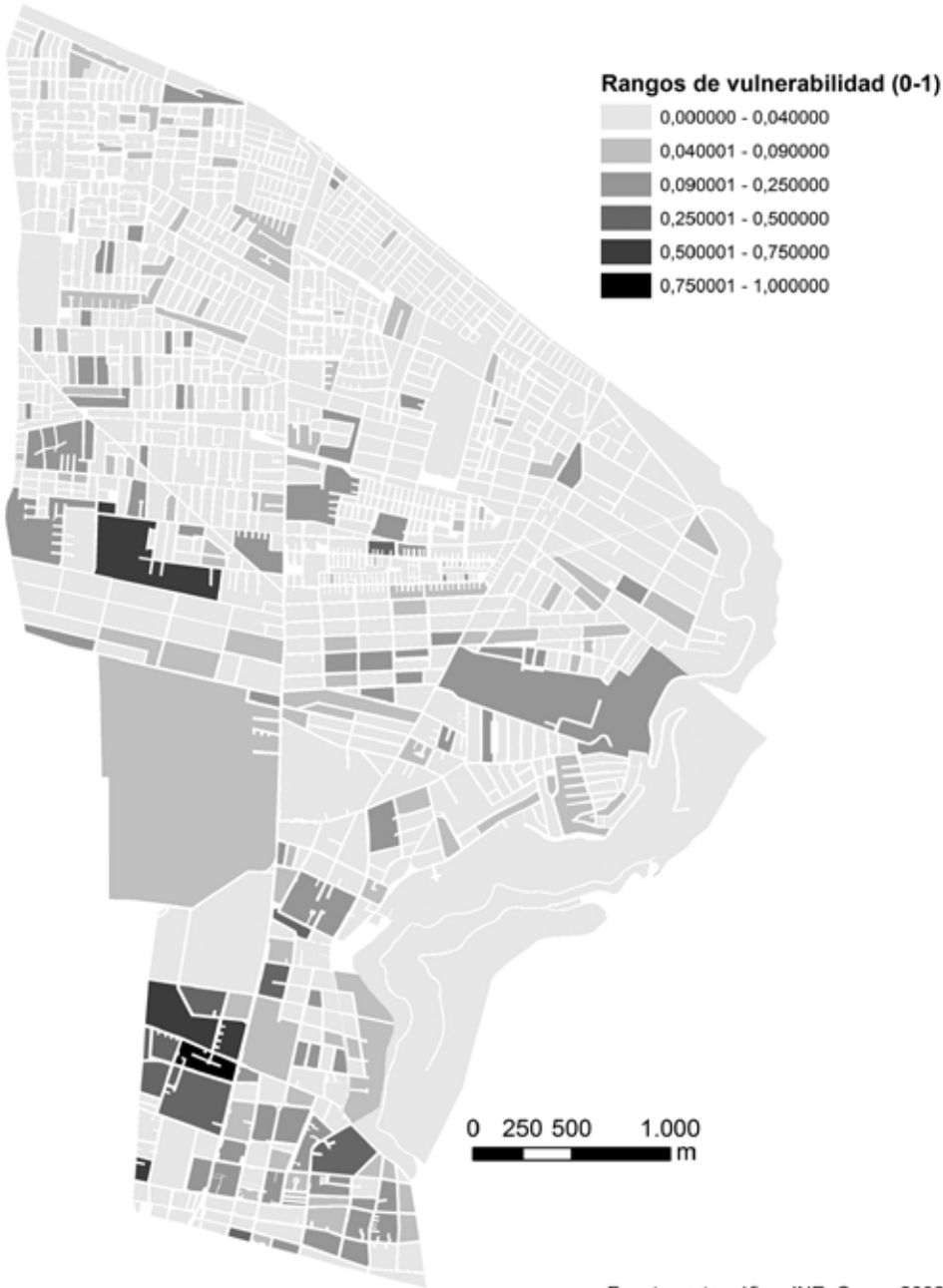


Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Elaboración propia, Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

Figura 4

Mapa de Índice de Deprivación Múltiple para la comuna de Recoleta respecto de su población inmigrante, datos censales 2002.

Distribución de vulnerabilidad en inmigrantes en Recoleta 2002



Fuente cartográfica: INE, Censo 2002
Fuente de datos: Elaboración propia, Censo 2002
Autor: Fondecyt 11130042

4. La salud de la comuna

4.1. Descripción general de la salud de la comuna

Según datos del Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social del año 2014 la proporción de la población comunal afiliada a Fonasa que pertenece a los grupos A y B (57,1%), de menores ingresos, es mayor que el promedio regional (55,6%) y menor que el del país (60,1%). Según la misma fuente el año 2010 la tasa de natalidad en la comuna fue de 19,3 niños(as) por cada mil habitantes; y la tasa de mortalidad general del quinquenio 2005-2010 (ajustada a la población del año 2003) es de 6,0 personas por cada mil habitantes. La tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) es de 8,7 niños/as por cada mil nacidos vivos. La misma fuente sostiene que la esperanza de vida en la comuna es menor que en la región en ambos sexos (7).

En lo que respecta a las condiciones nutricionales, el año 2011, destacan tasas mayores de desnutrición (0 en riesgo de), tasas menores de sobrepeso y tasas similares de obesidad al comparar con los respectivos promedios regionales en los/las niños/as menores de 6 años que están en control. Así mismo, entre los adultos mayores en control, al comparar con la región, destacan tasas menores de bajo peso y tasas mayores de sobrepeso y obesidad (7). De acuerdo a datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) 2011, la comuna cuenta con 1 hospital y 9 Centros de Salud ambulatorios. La población inscrita en servicio de salud municipal en la comuna, según datos del DEIS 2011, es de 122.168 (9). De acuerdo a información obtenida del DEIS, 2013, Entre las actividades de la Red Asistencial Pública destacan el total de consultas en urgencias (155.474 consultas), consultas de Urgencia, Hospital Alta y Mediana Complejidad (267.330 consultas). El número de Exámenes de Medicina Preventiva (EMP) fue de 67.750 (9).

En las entrevistas realizadas a autoridades locales en el marco del proyecto FONDECYT 11130042 se relata que la población inmigrante o migrantes internacionales, se encuentra expuesta a **condiciones de vulnerabilidad que influyen en su salud**. Por ejemplo, condiciones de hacinamiento e irregularidad de su situación migratoria. Así mismo, hay algunos temas culturales que también tienen implicancias en su salud.

Bueno, nosotros acá en Recoleta tenemos un, un, uno de los índices más altos de tuberculosis... **Entrevista 101, Director de CESFAM, Agosto 2015.**

El otro problema que tenemos es de hacinamiento, pero como más escondido. O sea, tenemos problemas...perdón con respecto a la población estamos...la población de adultos mayores y los problemas que dije, hablé de las drogas, tenemos alcoholismo, eehh que son como los más frecuentes. **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015**

En términos de salud, las autoridades de Recoleta sostienen que demográficamente tienen una población envejecida.

En general, es una población desde el punto de vista demográfico, una población vieja, ¿ya? Tenemos una población, casi 14% de población adulto mayor, de 65 y más años, una población adulto mayor; cada día van disminuyendo nuestros niños, tenemos cada día menos nacimientos. Ehh... desde, desde el punto demográfico y epidemiológico son exactamente igual, la verdad es que el comportamiento a nivel país no dista mucho, qué es lo que yo he notado acá sí, es lo que yo te dije, el tema de que tenemos mucha población adulto mayor, yo creo que es una de las características que a mí me ha mucho la atención y que llamó mucho la atención de cuando yo regresé a la comuna de Recoleta, en relación a las otras comunas **Entrevista 101, Director de CESFAM, Agosto 2015.**

Así mismo, hay una gran y cada vez mayor población extranjera, la cual acude principalmente a atención primaria. Y que dado las políticas de la comuna y a diferencia de otras comunas, no solo las embarazadas y niños reciben atención, independiente de su condición de regularidad, sino que acá en Recoleta, todos son atendidos.

Nosotros tenemos como decía XX, alrededor de 400-500 inmigrantes, que están inscritos, sin embargo, cuando tú, nosotros hacemos ya un análisis más específico, más profundo, tenemos muchos inmigrantes y llevan muchos años y es gente que ya está instalada... **Entrevista 101, Director de CESFAM, Agosto 2015.**

Sí, acá no... se supone que son las... o sea, por un tema de normas son las embarazadas y los niños, pero acá son todos. Hombre, mujer, adulto mayor, embarazadas, no embarazadas, incluso en algún minuto se tuvieron que calificar en el sistema como FONASA A para poder inscribirlos porque aunque estuvieran en situación irregular, se supone que ahora FONASA tiene un convenio piloto, no sé si con todos o con la comuna de Recoleta porque... Recoleta como que ha sido piloto en todo (risas) y que están en el fondo la gente que está empezando su trámite de regular la documentación, la están calificando como FONASA A y eso lo estaba haciendo directo... eso lo está haciendo directamente FONASA. **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015.**

Sin embargo es son por una parte la población migrante, como por otra parte, la **población gestante e infantil las que reciben mayores beneficios.**

Hemos sociabilizado y hemos analizado y sobre todo en estos focus-group que hemos tenido, porque, en general, la percepción que tiene la matrona, es que ellos son más demandantes y son más demandantes porque Chile, tiene muchos beneficios. Chile, como MINSAL, como Ministerio de Salud, otorga beneficios que no existen en otros países, como la entrega de la alimentación, como el tema de Chile Crece Contigo, donde entregan los ajueres, donde entregan varios formularios y folletos, no es cierto? Que de alguna manera, tiene que ver con medidas anticipatorias, entonces, ellos ya todos saben, ellos tienen una capacidad, no es cierto, de saber cuáles son sus derechos en el tema, no es cierto, de salud, por lo tanto, ellos son más eh... agradecidos incluso también, no es cierto, con todo lo que uno le entrega y también, por supuesto también, más demandantes porque saben que tienen derecho a recibir varias, no es cierto, varias, varias beneficios que les da el programa infantil poh, el programa de la mujer. **Entrevista 101, Director de CESFAM, Agosto 2015.**

Además las autoridades entrevistadas destacan que los pacientes que están en **situación irregular no tienen problemas en ser atendidos en atención primaria en la comuna de Recoleta**, no ocurre lo mismo en la atención secundaria. Las personas que no tienen su situación regularizada no pueden ser derivadas en caso necesario y esto trae problemas.

Yo puedo inscribir un paciente con, con eh... pasaporte, pero llegan al nivel secundario y al no tener RUT, no los atienden, no sé si los atienden o no los atienden, yo creo que no los atienden y todo el tema, por ejemplo del GES, del AUGÉ, también es un tremendo problema, nosotros por, no podemos subir, pacientes por ejemplo, pacientes que son inmigrantes que vienen con diabetes, con hipertensión, que son GES, que son AUGÉ, igual nos complica, porque nosotros por ejemplo, si tenemos que derivarlo a nivel secundario... no podemos, porque no nos dejan incluso ingresar al sistema informático, al SIGES, no nos dejan tampoco, el SIGES no nos deja tampoco ingresar un paciente que no tenga RUT. **Entrevista 101, Director de CESFAM, Agosto 2015.**

Los Funcionarios o Trabajadores de atención primaria sostienen que en la comuna se hacen cargo de la salud de **muchos inmigrantes que viven en otras comunas** que vienen a atenderse a los CESFAM de Recoleta, porque ya se "ha corrido la voz" de que todos reciben atención de salud.

Ahora hay una explosión de emigrantes acá en la comuna de Recoleta, porque la política de este alcalde es, los recibo a todos, los atiendo a todos, y no me interesa nada de lo estructurado que hay. En cambio hay otras comunas donde no es así, donde ellos tienen otras...Tienen las normativas que corresponden, las edades, todo lo que dice el ministerio del interior con respecto a la migración, quienes se pueden atender, donde ponen el corte. Pero acá no! y eso se ha ido corriendo la voz y hay personas que a mí, cuando me ha tocado inscribir, me dicen...ellos me han manifestado que las personas que se ha venido a inscribir con ellos, viven en otra comuna pero van a vivir con ellos porque se vienen para acá porque acá los están atendiendo... **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015.**

Los funcionarios o trabajadores de la salud de Recoleta refieren que ha habido muchos cambios respecto a la planificación, políticas y atención en salud que sumado al déficit monetario **por no recibir ingreso per cápita de aquellos inmigrantes en situación irregular**, les está afectando e impidiendo cumplir las metas sanitarias.

De un día para el otro nosotros no...como que nos borraron del mapa y se sacó todo lo maravilloso que nosotros podíamos hacer en salud. Con todas las deficiencias que tiene muchas veces, que no están los recursos...porque atención primaria llega poco recurso...y con eso igual podíamos hacer cosas, pero como le digo, acá la cosa cambió...y no cambió para algo bueno, cambió para algo malo...Nos ha afectado una enormidad, por el tema de las metas sanitarias. Hemos tenido muchos problemas con eso, por el tema. Incluso la otra vez lo conversamos y le parece que hay metas que ya no las vamos a cumplir si seguimos en este mismo limbo. Y a nosotros las metas sanitarias nos dicen de partida que son súper importantes porque nos sirven, aparte de cumplir con metas con la población, son también para nosotros mismos, para el tema un poco lo que tiene que ver con el tema económico y todo eso. Y también como súper importante, lo que hablaba XX, ya me quiero acordar de eso...de que la población últimamente, en el último tiempo como que este sector, al menos conversando con la ciudadanía, con la gente que viene acá, nos dicen que se ha deteriorado mucho, mucho, mucho. Si ya la gente nos dice que antiguamente podían andar por las calles tranquilamente y ahora no, ahora es súper complicado, súper complicado. **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015**

Los funcionarios o trabajadores de salud, explican que hay buenos programas nuevos pero **que no se han implementado de manera adecuada**, no logrando así los efectos o servicios deseados.

Se quiso implementar un modelo territorial al estilo cubano que efectivamente puede ser un modelo súper bueno y que en el fondo genera en el tema de salud familiar un enfoque comunitario territorial, pero yo siento que desde acá no se implementó de la forma que tenía que implementarse, si no que se empezó desde atrás para adelante. No se hizo un estudio previo de en el fondo, cuáles eran los lugares donde podían salir los equipos de cabecera... Se empezó con cero recursos y en la marcha se han ido generando recursos para poder cumplir como con este objetivo que tiene quizás un gobierno local o a nivel como gobierno (no se entiende) desconozco, pero en la marcha se ha ido buscando como recursos para ello y eso ha generado también que tengamos una población más enojada, una comunidad bastante más enojada, una comunidad agresiva, una comunidad que está disconforme...igual encontramos de todo, pero principalmente una comunidad que está como muy empoderada en cuanto a la agresividad y en cuanto a la demanda... **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015**

Varios funcionarios o trabajadores de CESFAM tienen la percepción de que existe discriminación positiva hacia los migrantes, especialmente los que residen de manera irregular en el país. Y su opinión es que se deben empezar a poner límites y **plazos para que ellos regularicen** su situación migratoria. Una vez obtenido el RUT, los migrantes se atiendan de la misma forma, con los mismas reglas y beneficios que la población Chilena, a la vez **experimentan las mismas limitaciones que la población nacional** experimenta en torno a su atención de salud primaria.

Lo primero y eso lo hemos visto acá en el SOME y yo le digo no, no tengo hora. Bueno, van donde la directora, no sé si se ha dado y antiguamente se habrían las agendas, se les daba hora y se les acomodaba. Porque afortunadamente no pasa lo que pasa en otros consultorios, donde la encargada de los migrantes es una personas extranjera, que ella se da el tiempo de sociabilizar con la gente extranjera, los mueve para allá, los mueve para acá, si ella tiene que abrir agenda lo hace y la gente se va contenta. Porque, ¿a quién no le gusta que lo atiendan así? En cambio, cuando vienen nuestros abuelos, nuestros pacientes y vienen en sillas de ruedas con bastones, no hay, y no hay más poh... O sea no se abre la agenda, entonces eso yo lo encuentro terrible. O sea, a quien le estamos dando salud y qué tipo de salud estamos entregando ¿ya? Perdónenme si parezco un poco nacionalista, pero no se poh, la calidad parte por casa, nosotros tenemos que ser súper humanos con nuestra gente también. O sea, yo no digo que no vengan, pero que haya como digo, políticas que digan, no poh... hasta aquí llegamos, si no, ¿qué vamos a hacer en un tiempo más? **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015**

Existe en la comuna una **mesa migrante**, que se creó para que los migrantes estén en conocimiento de cuáles son sus deberes y sus derechos. Y para que tengan conocimiento sobre las vías de acceso y los programas a los que pueden acudir. El objetivo es que se sientan parte de la comuna y se integren a la atención de salud primaria.

Si bien estaba en proceso la realización de un **censo de salud comunal** en el año 2014 (fecha en la que se realizó la entrevista) aún no estaba la información disponible para poder utilizarla para programar las atenciones en consecuencia.

Yo creo que la mesa migrante surgió de una necesidad porque así como nosotros necesitábamos que ellos supieran cuales son las prestaciones a las cuales pueden acceder y cuál es la vía de acceso eeh, también necesitábamos que digamos que ellos sintieran que si eran integrados a la atención de salud ya, ahora a través de la mesa migrante que está integrada por personas que lideran ciertos grupos son organizados, bastante, la mayoría representan a una organización de migrantes, entonces a través de ellos hemos ido haciendo la información entregando información... **Entrevista 9, Director de CESFAM, Septiembre 2014**

Es que nosotros no tenemos todavía la información de del censo de salud que se espera de aquí a fin de año tener aplicado en toda la comuna, entonces una vez que tengamos ese dato, yo creo que eso nos va a permitir eeh, como tener el el dato más exacto. **Entrevista 9, Director de CESFAM, Septiembre 2014**

Junto con lo anterior, desde el año 2015, Recoleta forma parte de las comunas seleccionadas por el Ministerio de Salud, para el desarrollo de un **Plan Piloto en Atención Primaria** para la salud de la población inmigrante denominado "Acceso a la atención de salud a personas inmigrantes"

Porque ahora recién, después de que ya llevamos un año, un año y medio (Plan Piloto) recibiendo toda la cantidad de población extranjera inmigrante, recién se empieza como el tema de sensibilizar o talleres de interculturalidad, o el tema de por ejemplo, esta año nos pidieron hacer un diagnóstico en cuanto a la situación de los migrantes al acceso de salud, que participaron muy pocos, porque la participación también es baja, porque todavía está el concepto de, ah... Estoy en situación irregular no me acerco, porque hay gente que todavía piensa que por estar en situación irregular no participa porque pueden acusarlo, llevarlo detenido, cualquier cosa. **Entrevista 109, grupo focal Trabajadores de Salud, agosto 2015.**

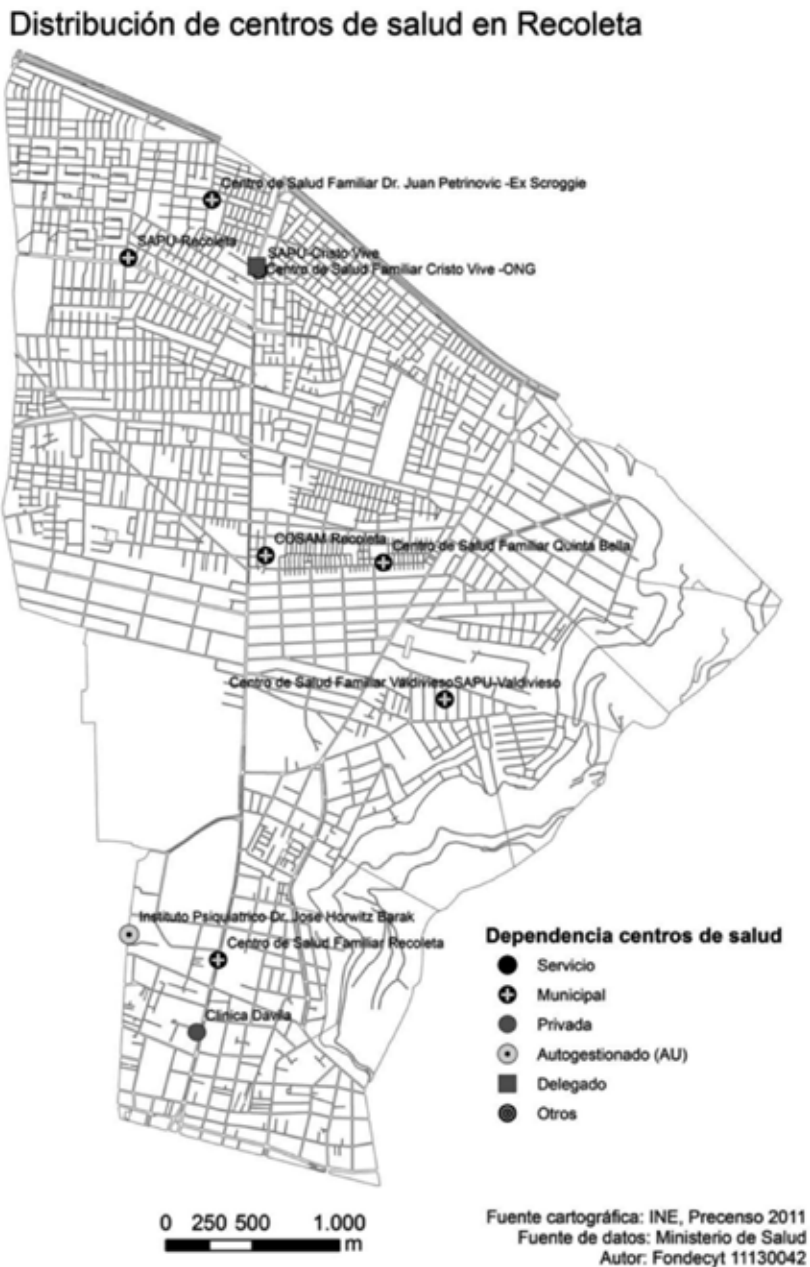
4.2. Mapa de red asistencial pública en la comuna

La localización espacial en la comuna se presenta en la Figura 5. Este mapa muestra la distribución de todos los centros de salud georreferenciados por el Ministerio de Salud, actualizado al año 2013. Los datos fueron proveídos por el Ministerio de Salud (georreferenciación) y señalan la dependencia de los centros de salud y dónde se localizan. Esto da cuenta de la distribución de centros de salud en relación a la población total que habita alrededor y en especial de los inmigrantes que están localizados en sus proximidades.

Figura 5

Mapa de la distribución de los Centros de Salud de la Comuna de Recoleta, según MINSAL.

Distribución de Centros de Salud en Recoleta



5. Historias de inmigrantes de la comuna y su relación con salud

5.1. La experiencia de migrar a Chile: choque de fronteras, choque de culturas

Las principales razones para migrar a Chile, reportadas por las personas entrevistadas están vinculadas a razones económicas, **búsqueda de empleos o mejoras de estos mismos**. Esto, con el principal objetivo de acceder a mejores condiciones y calidad de vida, por una parte y por otra parte mayores oportunidades para sus familias, en especial, **oportunidades de estudio** para sus hijos/as.

Nosotros nos vinimos, somos migrantes económicos, somos vinimos por razones económicas, laborales, para buscar una oportunidad mejor, por la situación difícil que... que vivía el Perú y que sigue viviendo **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014**

Asilo político... y lo otro el tema estudios y el tema económico, porque igual había que decidir que si entre Ecuador, Chile y no me acuerdo que país más... así que uno siempre ve las mejores condiciones en todo sentido, eso fue. **Entrevista 19, Mujer, Migrante peruana, Noviembre 2014.**

No mencionan explícitamente las razones por las cuales los/as entrevistados eligieron Santiago dentro de Chile y la comuna de Recoleta en particular, para migrar. Sin embargo refieren haber contado con **redes de familiares o amigos** establecidos previamente en esta ciudad.

En términos generales, las personas entrevistadas comentan que la **experiencia de migrar** a Chile tiene aspectos positivos y negativos. Dentro de los positivos, mencionan **mayores ingresos y estabilidad económica**. Dentro de los negativos, destacan la discriminación, los cambios culturales y principalmente temas asociados a la vivienda. Refieren **malas condiciones de vivienda** en general. Lugares incómodos, pequeños y variados grados de hacinamiento. Así mismo, no contar con un lugar propio donde puedan estar cómodos con sus hijos o familias y practicar sus hábitos de la vida diaria de manera tranquila (jugar, cocinar, entre otros).

Se percibe en las entrevistas que hay bastantes diferencias culturales entre los países de origen y la comunidad de Chile, que en ocasiones dificulta la adaptación. Es decir, desde la cultura propia de los distintos migrantes y también por parte de los Chilenos/as. Estas **diferencias culturales** son evidentes en costumbres, conductas e incluso lenguaje, términos o formas de comunicarse y relacionarse.

Desde el punto de vista de salud mental, hay muchas cosas que uno acá las considera como un problema y que hay leyes asociadas como por ejemplo el tema de violencia intrafamiliar. No es lo mismo la violencia intrafamiliar, la visión que tenemos acá, de la visión que tienen las familias peruanas. Por un tema de estructura familiar, entonces creo que para poder hacer un buen abordaje de la población inmigrante ¿ya? Tiene que partir sabiendo cómo es su cultura, cómo es su estructura, que es lo que ellos comprenden como parte de lo habitual, que es cómo lo aceptable. Porque uno no puede estar patologizando cosas que ellos no tienen por cultura, y eso también tiene que ver con el respeto hacia el otro... **Entrevista 6, Autoridad Salud, Septiembre 2014**

En temáticas de crianza es un temazo, porque muchas veces pasa que se pesquisan algunas dificultades o no sé, conductas de los chicos, etc. y uno se pone a revisar y claro, hay diferencias importantes en cómo es la crianza por una cuestión cultural. Entonces el punto está en que, yo insisto, o sea cuando uno no conoce bien la cultura, no conoce bien el funcionamiento, etc. Uno corre el riesgo igual de verlo desde una mirada muy nacional y no tratar de comprender cuál es la realidad de ellos. Entonces yo creo que eso es un trabajo súper personal que uno tiene que ir haciendo también, pero siento que considerando que tenemos harta población a nivel comunal, debiera ser una formación para todos por igual, porque creo que todos tenemos derechos a ser incluidos. No creo que yo dentro de sus cosas, o sea yo insisto en eso, también tienen que ir comprendiendo ciertas formas para que nos podamos entender mejor. **Entrevista 6, Autoridad Salud, Septiembre 2014**

De los/las entrevistados, la mayoría está en situación regular en el país o en tramitación de los documentos necesarios. Sin embargo, refieren que es muy lento y complejo obtener **cédula de identidad y RUT**, y que en Chile, sin estos documentos, les ponen problemas en todo, en las atenciones en salud, en la postulación a empleos, en la búsqueda y postulación a colegios, entre otros.

No tenía la cédula... en este país o, tienes nada, o sea, la gente dice si este... tienen que sacar tu cédula para que puedas estar como que un poco más estable yo digo y si dices algo, yo decía no y si pasa algo y no tienes que decir nada, tienes que callarte, tienes que evitar casi lo otro porque pues no te pueden deportar o te pueden denunciar y si ellos te denuncia, ellos tienen a las de ganar porque tú eres extranjera te puedes tantas cosas. Entonces cuando uno llega a tener su cédula y te da como que recién, como ya sientes un alivio además estoy acá, existe en este país algo, algo existe. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Es que le pasa eso a la mayoría yo creo porque yo he escuchado varios casos de compatriotas míos hombres y dicen pucha cuando uno llega acá no puedes decir nada, pero cuando uno tiene su cédula pucha que rica ya puedes ahí si ya ahí si ya puedes todo **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Así mismo, cuando no tienen regularizada su situación, refieren sentir algo de miedo. Miedo en consultar, en solicitar ayuda, en buscar servicios. Esto, por miedo de ser reportados y deportados por no estar con su situación legal al día. Y respecto a esto mismo, los funcionarios de Salud refieren que **se ven afectados los hijos/as recién nacidos**, los cuales algunas veces quedan como apátridas, por la misma razón.

La comuna de Recoleta presenta una alta proporción de población migrante, en la opinión de autoridades locales, dentro de estos, aquellas personas que provienen de Perú, tienen una trayectoria de varios años y por lo mismo parecieran estar más integrados al país y su cultura. Las autoridades perciben que no ocurre lo mismo con aquellas personas que han migrado más recientemente como son los migrantes colombianos, ecuatorianos, dominicanos y bolivianos, entre otros.

Estoy en situación irregular, no me acerco, porque hay gente que todavía piensa que por estar en situación irregular no participa porque pueden acusarlo, llevarlo detenido, cualquier cosa... **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015**

Obviamente como la comunidad peruana es la más antigua tiene, más residentes con visa definitiva o temporaria que las otras ehh nacionalidades no? Entonces ehh los bolivianos podrían estar en mejor ventaja teniendo más residentes con visa definitiva pero ehh parte de la idiosincrasia de los bolivianos en no permanecer no ehh las visas son tan caras que ellos prefieren estar un tiempo, realizarse, volver otra vez porque tienen el Mercosur entonces no hay, no es complicado el ingreso de ellos no? Pueden solicitar una visa sin mayor trámite. **Entrevista 7, Autoridad Local, Septiembre 2014.**

Por ser Recoleta una comuna con alta población migrante y una larga historia de inmigración, existen políticas y programas propios para esta población.

Ahora ya pronto, en Octubre, Noviembre hay... parte una serie de capacitaciones... a la cual oportunamente voy a ir y yo creo que ahí vamos a ahondar. Pero creo que eso debió haber sido antes... **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015.**

Esta comuna puede considerarse un **referente en cuanto a propuestas de integración e interculturalidad**, por haber desarrollado ya varias experiencias con los migrantes.

Sin embargo, algunas iniciativas a este nivel son bastante recientes y hay elementos que mejorar y modificar. Es reconocida por ser una **comuna abierta a la inmigración**, y que se esfuerza por la integración e inclusión de los migrantes, siendo pionera en esta área:

461

5.2. La vida y el trabajo en Chile: re-diseñando las raíces y la identidad

A pesar de ser Recoleta una de las comunas, con mayor población migrante dentro de la Región y el país y tener programas enfocados especialmente a esta población, algunas personas aún sienten **discriminación**, miedo e inseguridad por su condición de migrantes. Esto se ve reflejado principalmente en el trato que se les da de parte de funcionarios de diferentes servicios más que de los habitantes de la comuna.

Bueno por ejemplo yo pienso de que hay varios factores y y... curiosamente tiene que ver en cierto modo con el tema de las nacionalidades en específico, no. Aquí es muy común escuchar de que los que suelen ser más discriminados en Chile son la comunidad peruana, la comunidad boliviana y, y bueno por ser extranjeros otras comunidades, pero con Bolivia y Perú hay un tema también histórico que, que lamentablemente es difícil de... de... de evadir... **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Según la percepción de los entrevistados, mayoritariamente provenientes del Perú, también parece haber diferencia en torno **al tono de la discriminación según el país de donde provengan**. Según los propios migrantes señalan, las **personas de origen peruano y boliviano son quienes se sienten menos acogidos**. Así mismo también algunos entrevistados perciben que hay discriminación a aquellos migrantes de **raza negra**.

Que vete a tu país peruano muerto de hambre... así le dijo así de repente yo te juro que oh a mí me dolió! porque cuando uno nosotros teníamos poco tiempo acá, a mí me dolió! yo me quede pero, me quede pasmada, escuche me quede mirando y me quede como que mal ... **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

O sea, tan profundo eso de que anti-peruano diría yo porque no es sólo anti-extranjero, es con Perú y Bolivia como decía yo, algo más fuerte, no, pero con Perú es un tema muy marcado y claro... **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Entonces a nosotros, las mujeres de color, nos miran mal, ¿por qué?, porque dicen que nosotros venimos a quitarles los hombres, eso es mentira, no todas vemos a eso ¿me entiende? **Entrevista 82, Hombre, Migrante dominicano, Abril 2015.**

No obstante algunas personas refieren nunca haber sido o haberse sentido discriminadas por ser inmigrantes. Sin embargo lo han visto en otras personas o sus pares les han contado que sí han sido o se han sentido discriminados.

No, hasta ahora no he tenido ninguna discriminación del condominio, siempre me han saludado con buena manera mis vecinos, gente que vive al lado siempre con mucho respeto, igualmente yo con mucho respeto, con el guardia de seguridad con mucho respeto, todo bien hasta ahora excelente en mi trabajo, también excelente nunca me han faltado el respeto, nunca me han discriminado ni nada por el estilo **Entrevista 86, Hombre, Migrante ecuatoriano, Mayo 2015.**

El tema de la **educación de niños inmigrantes** en Chile está sujeta al estatus migratorio de los padres y para ingresar a centros educativos, necesitan tener carnet o RUT, que como se señaló anteriormente, es demoroso. Por otro lado algunas madres no pueden trabajar por no tener donde dejar a sus hijos/as.

De igual forma para algunos niños/as no es fácil integrarse y una vez dentro del colegio, sufren de “bullying” por las diferencias culturales y prejuicios hacia ellos.

Sin embargo varios padres y madres provenientes del extranjero, refieren tener en Chile mejores **oportunidades de educación para sus hijos**, siendo este, uno de los motivos para establecerse y quedarse a vivir en Chile.

No nos integramos fácil y peor nuestros hijos más que todo. Ellos sufren por lo de mis hijos, uno ya se adapta pero la otra no. Siente rechazos, o sea, no se siente cómoda ella pero le gusta estar acá, pero siempre le ponen algo, siempre tienen una barrera ahí. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Me quedo ahora por mí y por mis hijos, porque el estudio el avance es buena, esta es mejor que mi país. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Por otra parte, algunas personas entrevistadas han dejado hijos en los países de origen. Una experiencia difícil, que a la vez les permite entregarles mejores oportunidades a ellos, mandando remesas logran ejercer una **paternidad a distancia** que les permita acceder a mejores oportunidades en el país de origen.

462

De visita, yo puedo ir y traérmelos, que vengan cuando estén de vacaciones, que allá en Junio, es las vacaciones... Entonces, bueno de visita cuando salgan de la escuela... en Junio, yo puedo traerla un mes, que vuelvan para allá y se vayan a su escuela. **Entrevista 82, Hombre, Migrante dominicano, Abril 2015.**

O sea, yo vine aquí y mi hijo estaba en el colegio y no podía sacarlo para [!:] ya] Por eso vine solo **Entrevista 94, Hombre y Mujer, Migrantes peruanos, Junio 2015.**

Respecto al **trabajo**, la población migrante siente desigualdad frente a la población nacional, refiriendo ser sobrecargados y explotados en sus trabajos, ejerciendo más actividades y menores remuneraciones. Además algunos sienten miedo de intentar frenar estos abusos, ya que temen perder sus empleos.

Por otro lado, algunos parecen tener muy buena relación con sus jefes, y sentirse respetados dentro de su ambiente laboral. Los trabajos que más se repiten en las entrevistas efectuadas a migrantes son los de asesora del hogar, trabajos en construcción, en negocios locales, como junior y como garzones. Así mismo, refieren que con esfuerzo y trabajo, logran escalar dentro de sus empleos.

Y que por unos cuantos centavos menos eh nos prefieren a los peruanos que trabajen y a los y a los chilenos no. Entonces hablan de que por, por un por menos precio nosotros trabajamos es que resulta que a veces eh nosotros no tenemos donde llegar, no tenemos nada y por esa, al comienzo digo, no, después no sé yo creo que ya después uno va avanzando y va por la experiencia uno ya va pidiendo más pero cuando uno viene al comienzo uno, uno acepta no más porque si no tienes nada, tienes que aceptar lo que hay y poco a poco uno va, va escalando, va subiendo mucho, mucho, mucho peruano que trabaja en la construcción eh gracias, muchos este trabajan en eso y después uno le pregunta pasan los años y le pregunta ¿y, sigues en construcción? No ahora estoy este de contratista y una señorita que está en una empresa cocinando ahora está de remalladora o es supervisora y bueno no sé si en todos los casos pero en muchos se ve que vamos, los que tienen años aquí, no, van avanzando y de repente es por eso que nos regateamos al comienzo. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Yo trabajaba en la vega también, pero no me gustó trabajar en la vega...Porque demasiado forzado, pagan poco y nada, dejé el empleo porque me trataban mal también entonces, esa no es la idea, tú vas a trabajar para que te traten bien también. **Entrevista 82, Hombre, Migrante dominicano, Abril 2015.**

Sí, mi jefe es chileno! he trabajado en una empresa de pares, estoy trabajando, tengo un año trabajando en esa empresa, le gané la confianza a todos mis jefes, gerente industrial, gerente general, a gerente de recursos humanos, a la técnica de prevención de riesgos que me cuidan como no te lo imaginas me tratan yo me llamo XY y todo eso me tratan como XY y todo eso porque yo soy muy amable. Yo soy amable, ellos me dicen sabes que has esto y yo lo hago con mucho cariño y hasta ahora yo no he tenido ningún problema con ningún trabajador... porque ellos me han respetado como yo los he respetado y me tratan bien y ahí voy. Súper bien... hasta ahora súper bien... **Entrevista 86, Hombre Migrante ecuatoriano, Mayo 2015.**

La mayoría refiere haber **dejado familia, en especial hijos/as en su país de origen**. Y desde acá, realizan envío periódico de **remesas** a las familias en el país de origen. Sostienen que a eso vinieron a Chile, a trabajar para mejorar la economía y oportunidades familiares y así tener mejor calidad de vida tanto ellos como sus familias. Algunos envían toda o casi todas las ganancias a sus familias, mientras otros migrantes ahorran para poder volver y montar un negocio en el país de origen, otros traen a sus familias a vivir a Chile:

No, no, es cuando mi mamá no tiene, porque ella manda todo su sueldo para allá... **Entrevista 73, Mujer, Migrante peruana, Enero 2015.**

Son cosas que uno tiene que.... siempre tenerlas claras... Esa plata no puede fallar, mandarle a sus hijos de uno **Entrevista 82, Hombre, Migrante dominicano, Abril 2015.**

O sea, no me puedo ir, ahora mismo como quien dice, no tengo nada, yo decía pa' montarme un negocio allá, pa' estar tranquilo allá, paño buscarme otra pega, porque no es lo mismo que tú arranques de aquí, ahora a salir a buscar otro trabajo, no, pero si tú llevas algo de platita... tú llegas allá, te buscas un localcito y te montas un negocio... pero si tú no tienes nada... a volver a buscar pega otra vez. Entonces ese es el sistema, esa es la pregunta que usted me hizo, porque yo no puedo ir sin ni uno, o sea, con lo poco que yo me consiga aquí, tengo que ahorrarme un poco, pa' cuando me vaya, hacer algo, porque no es lo mismo que yo vuelva ahora para allá, sin ni uno, nada en los bolsillos, a buscar trabajo de nuevo, se ve como medio pesado, pero si llevo algo de plata, digo bueno ya, voy a montar un negocio, llegué, voy a montar un negocio, además tengo que buscarme un local. **Entrevista 82, Hombre Migrante dominicano, Abril 2015.**

La gran mayoría de las personas entrevistadas sostiene que les es difícil el tema de la **vivienda**. Consideran que los precios son muy altos y los espacios en que viven son muy pequeños en comparación con aquellos de sus lugares de origen.

Los migrantes se lamentan de vivir hacinados y perciben que en general no hay buena relación con los arrendatarios, en algunos casos tampoco con los vecinos. Se sienten restringidos de hacer sus actividades de costumbre y algunos niños/as no son acogidos ni se les permite usar los espacios abiertos en forma libre. Casi transversalmente, refieren vivir en **peores condiciones habitacionales que las que tenían previamente en sus países de origen**. Extrañan tener un lugar (vivienda) propia. En general viven en piezas arrendadas dentro de casas compartidas por varias familias:

Me gustaría tener mi casa! digo yo, para irme y no, olvidarme, como que tú vives en una casa y que el vecino que tiene problemas entonces como que transmite a ti, te enferman, no puedes escuchar radio, no puedes hacer esto porque está enojada de repente la dueña de casa... **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Entre 11 a 1 están , entonces en esas horas pasan y están intimidando a la gente, te piden cosas pero mm en otras palabras los están asaltando, porque las personas van de 2-3 y le piden cosas, como a veces no quieren darles les insisten les insisten... **Entrevista 20, Hombre, Migrante peruano, Noviembre 2014**

En cuanto a la percepción de **seguridad en sus hogares y comuna**, solo refieren sentir inseguridad y miedo en determinadas ocasiones y sectores. En especial en algunos lugares donde describen hay droga y/o delincuencia.

El tema de vivienda por más que tenga un buen ingreso, condiciones precarias de vivienda porque aa como el... el... mercado inmobiliario es subido para todos en general, entonces imagínate cómo están los saliendo para la comunidad inmigrante sobre todo cuando hay esa idea de que a ya el entra vive le arriendan la casa y va a traer a diez conciudadanos más, entonces se va a lucrar: le cobro más... o yo mismo hago que contrate administradores para que se hagan esos cuartos pequeños y se arrienden, entonces la gente no le da la opción de condiciones dignas para vivienda y si las quiere y las puede ósea acceder a ella tiene que ser demasiado lejos de la zona de centro no? **Entrevista 7, Autoridad Local, Septiembre 2014.**

Si yo sé si de donde hay piezas y el tema pasa por como hay mucha gente inescrupulosa que lucra con la necesidad de las viviendas. Hay quienes han visto un gran negocio, no se po si tienen una casa la parten en 20 pedazos y arriendan todo demasiado caro en malísimas condiciones. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Los migrantes refieren que sobretodo en el primer tiempo de llegados al país, no cuentan con **redes de apoyo**. Sin embargo aquellos que llevan varias generaciones acá como los inmigrantes peruanos, ya tienen sus redes y organización.

El tema que nosotros tenemos también es que el estrés no? porque mira tienen que mantener un trabajo porque aquí no tienen redes, si no trabajan no comen no pagan el arriendo trabajar para pagar el arriendo o sea el, lo lo que arriendan o sub arriendan son los que se llevan casi la mitad del del sueldo de los trabajadores migrantes no? el abuso laboral ósea para poder mantener el trabajo aguantan las condiciones que les dan los empleadores (¡: mmm) entonces la gente llega tan estresada y más encima llega a un espacio reducido donde solamente el roce con otra persona que todo reviente se llega al maltrato verbal, al maltrato físico la violencia familiar y y y contra los niños crece más, no? pero no es cultural sabe no es cultural . Son condiciones... es de contexto porque yo estoy segura de que si tu mejoras las condiciones de la familia eso no se presenta. **Entrevista 7, Autoridad Local, Septiembre 2014.**

Ah le pedí psicología también, yo le exigí también... porque como paso sola... a... a veces ser mamá es difícil y siempre he estado sola allá en Perú y acá, nunca he tenido apoyo de nadie, como que eso me faltó ahí un poquito Y no tengo amigos, no socializo mucho y ahí le pedí psicología... **Entrevista 73, Mujer, Migrante peruana, Enero 2015.**

5.3. Enfermar en Chile: historias de inmigrantes de la comuna

La mayoría de las personas entrevistadas sostiene que “**estar saludable**” es tener buena salud, no presentar enfermedades, y sentirse tranquilo internamente y también con el exterior, para poder cumplir con sus exigencias, además mencionan que relacionan el hecho de estar saludable a una vida sana, comiendo bien y haciendo deporte.

Estar saludable. Eehh... Según yo tengo un concepto de estar tranquilo, eehh, no, no... Tener buena salud, no estar enfermo mientras... Yo me refiero más o menos eso. **Entrevista 94, Hombre y Mujer, Migrantes peruanos, Junio 2015.**

Estar bien en salud, internamente, no tener enfermedades, comer bien, vivir sanamente, hacer deporte, todas esas cuestiones. **Entrevista 73, Mujer, Migrante peruana, Enero 2015.**

Respecto al **estado de salud**, muchas de las personas entrevistadas declaran sentir que es malo. Esto se debe en parte por ciertas molestias de salud que sienten, ya sea crónicas o agudas y que no reciben tratamiento o atención adecuada ya que perciben que el sistema de salud en Chile es muy lento y no entrega las soluciones necesarias en el tiempo que ellos demandan.

Esta lentitud y falta de respuesta oportuna a las necesidades sanitarias de la población, puede tener en ocasiones consecuencias que van generando en los pacientes algunos problemas de salud de mayor gravedad, como expresa una migrante de nacionalidad peruana entrevistada:

Yo la califico mala, no muy mala, pero mala, de hecho ahora tengo para hacerme una mamografía porque me encontraron no sé que, tengo el tema... entré al programa sonrisa mujer para que me pongan... no tengo muelas... **Entrevista 19, Mujer, Migrante peruana, Noviembre 2014.**

Mi salud, está muy mal pues, muy mal estoy de salud. **Entrevista 17, Mujer, Migrante peruana, Noviembre 2014.**

De esta manera, perciben que las experiencias de migración han tenido efectos negativos en su salud. Experiencias de vivir en Chile les provocan problemas que se manifiestan en temas de **salud mental**.

Claro, un poco triste. Habían momentos en los que me deprimía pero igual tuve un pilar, tuve cariño, me dieron cariño familiar mi jefe. Yo siempre hablo de ellos muy bien porque ello me decían: La vida es así, tú viniste con una meta de sobresalir y salir adelante **Entrevista 94, Hombre y Mujer, Migrantes peruanos, Junio 2015.**

Respecto a **estrategias para resolver los problemas de salud**, las personas entrevistadas dicen que acuden a los centros de salud cuando tienen problemas relacionados a estas. Sin embargo, muchas veces acuden a atención de forma privada o particular dado que no han tenido buenas experiencias en el sistema público, ya sea por trato recibido, por demora en atención y por no ver resueltos aquí sus problemas. Es algo que les significa un esfuerzo económico, pero creen que vale la pena y están dispuestos a hacerlo. Sobre todo cuando los problemas de salud son de sus hijos/as. Refieren que a veces los medicamentos indicados son muy costosos lo que dificulta la adherencia al tratamiento.

En la comuna de Recoleta, destacan el **alto número de casos de tuberculosis**. Esto se atribuye en parte a las condiciones de vivienda de los migrantes. Así mismo, el hacinamiento, condición que destaca dentro de la población migrante, también es factor de riesgo para otras problemáticas de salud y seguridad.

Pero si hay una concentración muy cerrada muy muy alta de población, un espacio donde de repente la humedad no? los hongos y todo eso se puede desarrollar más rápido por más que hagas prevención siempre vas a tener a los niños y a los adultos mayores enfermos (!: exacto...) bueno los cuadros de tuberculosis o sea, dramáticamente pueden ir aumentando se... se... se reducen a las condiciones de vivienda no? de repente la persona que está enferma vive en un espacio donde a su vez viven otras personas que no son miembros de su familia no? pero que es espacio no tiene la ventilación no tiene el espacio suficiente etcétera no? entonces yo creo que pasa necesariamente por tener una política más integral no? no es solamente el problema de salud y se acabó... **Entrevista 7, Autoridad Local, Septiembre 2014.**

O sea nosotros tenemos una cantidad importante de pacientes con tuberculosis ya? Eeh, y las visitas domiciliarias te indican en las condiciones que viven son muchas familias en espacios reducidos... **Entrevista 9, Director de Centro de Salud, Septiembre 2014.**

Respecto a la percepción que tienen de la **Atención Primaria de salud**, en términos generales, es buena, que los tratan bien, sobre todo, destacan buena atención de médicos extranjeros (de nacionalidad colombiana y peruana) pero se percibe que existen prolongadas esperas por atención de salud.

En ocasiones los migrantes que tienen su situación migratoria regularizada y son residentes en Chile, se sienten discriminados por ser inmigrantes, principalmente por los Trabajadores de Salud a cargo del ingreso a los centros de salud. La molestia refleja desigualdad de trato ante los extranjeros, incluso cuando estos cotizan en FONASA, igual que cualquier persona chilena que tenga un contrato de trabajo.

Sí, no todos esperaron tanto rato como yo, deberían de poner más consultorios para atender a la gente y ser más amable con uno.
Entrevista 86, Hombre, Migrante ecuatoriano, Mayo 2015.

Pero son las mismas y tie- y como que la cuestión ideológica se mantiene, entonces yo, yo decía eh la vez pasada, que podemos proponer nosotras en relación a la atención del consultorio si el tema no pasa de repente por capacitarlas, hacerles entender o que sean más conscientes de que el... el extranjero no está recibiendo un beneficio, el extranjero, el ciudadano migrante paga impuestos, tienen derecho a tener la salud, incluso pagamos tremendos impuestos, mas encima la cuestión migratoria nuestra, o sea, hay que pagar y pagar y pagar. Entonces no es que nos estén haciendo un favor, es un derecho y un derecho que lo estamos pagando, pero hasta nosotros mismos nos hacer creer que es un favor... **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Algunos migrantes entrevistados señalan que esta diferencia en el trato obedece a **prejuicios** tan arraigados que ya no responden a capacitaciones ni a programas de sensibilización del personal que atiende en el centro de salud, siendo calificados como refractarios a incorporar al usuario extranjero como parte de la población regular:

Falta que se mejore, hay una resistencia de lo que te decía de algunos funcionarios de tener que atender a mucha población migrante, porque tú vas a este horario y el consultorio está llenecito de población migrante! es impresionante! Hay mucha mamá, mucho niño... recién nacido hijo de migrante. Entonces yo creo que eso ha sido como difícil para algunas mentalidades y que como que por su propio peso se está imponiendo, eso falta mucho mejorar, no sabemos si... la vez pasada conversábamos de que si el problema es que se capaciten o se concienticen a los funcionarios o el problema es que tienen que cambiar de funcionarios, porque tiene que haber gente que de verdad pueda. **Entrevista 19, Mujer, Migrante peruana, Noviembre 2014.**

465

Así mismo destacan que los/as directores/as de los centros de atención de salud primaria reciben bien sus reclamos y les brindan una oportuna solución a estos, sintiéndose así respaldados y acogidos/as por ellos/as.

Reconocen que hay iniciativas y esfuerzos por incluirlos, como traductoras para la población Haitiana. Se les entrega atención de salud a todos, independiente de su situación de regularización. Los migrantes entrevistados creen que los **centros de atención primaria ya no dan abasto** para la cantidad de población que deben atender. Por esto, algunos prefieren acudir a la salud privada. Dentro de éstas, destacan las atenciones, que son preferidas tanto por calidad, como también por precio. Un ejemplo que refieren con frecuencia los migrantes de Recoleta, son las **farmacias del Dr. Simi**.

La directora tiene los m-mil buenos deseos, de hecho ella lo ha expresado en muchas formas, ella uno va y ella es muy ejecutiva, ella va lo soluciona, pero sus funcionarios, ellos le ponen muchas trabas, yo diría que sabotean todo su buena... **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

Y yo creo que este consultorio igual como que ya quedó muy pequeño para tantos extranjeros que habemos ¿verdad? porque como yo le digo cuando yo vivía en otra comuna, eran unos consultorios enormes así, por ejemplo mi cuñada, ella vive en quinta normal y ella también es ecuatoriana y el consultorio donde ella va , es enorme . En cada, en cada sector hay un especialista, entonces es como más grande, el de aquí yo creo que es, esta como muy chico. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

En atención primaria, en términos de acceso a la salud, en esta comuna, se les otorga atención a todos los migrantes con solo tener pasaporte, independiente si tienen o no RUT. Sin embargo, sin **RUT**, no pueden ser derivados para atención en nivel secundario en caso de necesidad, por lo que a este nivel genera problemas. En general, los migrantes consideran recibir una buena atención en los hospitales, excepto en las atenciones de urgencia donde refieren no ser tomados en cuenta ni ser sus problemas resueltos, además de las largas esperas.

Nosotros un día, yo me di una caída y fui aquí al hospital. Nosotros llegamos como a las nueve y media allá...vinieron a atenderme como a las tres y media de la mañana, llegamos aquí casi a las seis de la mañana, esperando. "Espérate que ahora, que aguántate, que ahorita, ya vamos." "Doctor que me duele", "aguántate, espera tu turno... **Entrevista 82, Hombre, Migrante dominicano, Abril 2015.**

Así mismo, en el sistema de salud, las esperas de aquellos que requieren **cirugía** también son extensas, esta dificultad se presenta tanto para chilenos como para población migrante de cualquier edad.

Entonces es difícil y que, operen los hospitales demoran un montón.... Ese yo quisiera que me operen en hospital rápido, pero... pero no sé cómo podré hacer las gestiones para que me operen rápido en el hospital, porque me siento mal, hay veces, hay veces que me duele, hay veces que de repente me pongo a barrer y empieza a dolerme horrible. **Entrevista 17, Mujer, Migrante peruana, Noviembre 2014.**

Los Migrantes entrevistados destacan la buena atención y trato amable en el hospital Roberto del Río y el Hospital San José.

Yo eee hartas veces porque el cuándo mi hija se fracturó la nariz, por ejemplo yo he escuchado mucha gente que dice que la urgencia del Roberto del Río los atienden pero horrible, yo con las veces que he ido no sé si he tenido suerte pero cuando yo he ido con mis hijas a mí no me tocó esperar nunca, máximo una media hora y todas dicen que están 3 horas 4 horas. **Entrevista 16, Grupo Focal Migrantes, Octubre 2014.**

En general los migrantes se lamentan de que deben realizar un copago o pago extra al ser atendidos en el hospital, lo cual no les parece bien. Por esta misma razón, dado que igual deben pagar, algunos migrantes **prefieren ir directamente al sistema de salud privada**, que les entrega respuestas más rápidas y la atención "es mejor".

En términos generales las personas entrevistadas perciben que el **sistema de salud en Chile** no es bueno, principalmente por la demora en las atenciones y por falta de especialistas en nivel primario. Sin embargo creen que el trato de parte del personal de salud si es bueno. No así el trato de parte de los Trabajadores de Salud de los establecimientos de salud, el cual creen es discriminatorio y malo. Sostienen que no hay una notoria diferencia entre la atención y servicios prestados a la población extranjera en comparación con la chilena.

Pa que puedan, pa que vean. No que solamente te miren y ya y chao, no pos. Por eso cuantas cosas pasan dígame, cuántas cosas pasan en el hospital. Si uno tuviese la plata no estaría en un hospital, te vas a una clínica y te atienden mejor, ¿o no? Cuantas personas que no tienen recursos se va a un hospital. Yo por ejemplo yo me atendía en la Clínica Dávila, porque ya no tengo los recursos, pero pa que esa doctora me mandó a la liga. Me dijo: vaya para allá, te voy a recomendar un buen doctor... y ese doctor todavía es de la clínica, atiende ahí y trabaja en la clínica alemana. Para que es un buen doctor. Y mira cómo estoy ahora, gracias a él estoy mejor. **Entrevista 94, Hombre y Mujer, Migrantes peruanos, Junio 2015.**

La mayor parte de las **recomendaciones para mejorar el acceso a la salud** giran en torno a temas de trato más que de acceso para las personas extranjeras. Recomiendan capacitar a los trabajadores de la salud para que tengan un buen trato y no discriminen a la población migrante.

466

Mira en primera parte (pausa) en el consultorio deberían de poner más gente, pero que sea amable no, no sea como se dice aquí... fome. Sabe que si alguien viene a, a atenderse lo atendería con muy buena manera, muy buena manera, sabe qué, que le pasa y todo eso. Pero aquí, aquí le da lo mismo, da lo mismo de si lo atienden o no lo atienden, da lo mismo, lo que le dicen a uno, sabe que espere su turno y si quiere espere y si no se va y eso no, no debería ser así porque si ellos trabajan para el gobierno o tienen un como se dice, tienen un, son graduados, tienen su carrera una profesión deberían de ser como profesionales, deberían atender como profesionales, pero sin embargo a ellos les da lo mismo, si son profesionales les da lo mismo, sabe que si quiere espera y si no te vas. **Entrevista 86, Hombre, Migrante ecuatoriano, Mayo 2015.**

Esta recomendación se agrega a la de ampliar la cobertura, ya sea con más consultorios, u horas de atención de salud:

No todos esperaron tanto rato como yo, deberían de poner más consultorios para atender a la gente y ser más amable con uno. **Entrevista 86, Hombre, Migrante ecuatoriano, Mayo 2015.**

Las **percepciones de autoridades y equipos de salud locales** sugieren que uno de los grandes desafíos que han debido enfrentar en los últimos años tiene que ver con el aumento en la demanda de atención por parte de la población inmigrante. Sostienen que el sistema no está preparado para el gran y creciente número de inmigrantes que deben ser atendidos y en especial, señalan que muchos migrantes no tienen su situación migratoria regularizada, por lo tanto, a pesar de que demanden atención y ésta se les entregue, el centro de salud primaria no recibe el ingreso per-cápita correspondiente a esa población. Esto hace que deban adecuarse y dividirse los recursos a una población más numerosa.

De hecho cuando se hizo el lanzamiento de la guía, había una persona del ministerio de salud, que estaba trabajando con migrantes ya? Igual tomó nota de algunas demandas nuestras, o sea... no puede ser que nosotros que por cada usuario que nosotros inscribimos no recibimos per cápita, es un tema entonces, sobre todo en una comuna con tanta población migrante, igual tienen que revisar las políticas de salud en ese sentido... **Entrevista 9, Director de Centro de Salud, Septiembre 2014.**

Además los Trabajadores de salud, perciben que falta preparación y **capacitación de los equipos en temas culturales y conocer mejor a esta población nueva en el país**. Así como también estrategias de atención para la población migrante propuestas desde un principio y no ir solucionando las cosas improvisadamente a medida que van ocurriendo.

Ahora ya pronto, en octubre, noviembre hay... parte una serie de capacitaciones... a la cual oportunamente voy a ir y yo creo que ahí vamos a ahondar. Pero creo que eso debió haber sido antes, porque... insisto, acá siempre partimos las cosas de atrás hacia adelante y en el camino nos tenemos que ir ajustando y eso también significa costo y eso también significa por ejemplo, que en SOME tengan que verse enfrentados por ejemplo de repente a pasar malos ratos, a ser maltratados verbalmente justamente por cosas que no están bien ordenadas, y no tiene que ver con un tema de disposición. **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015.**

Otro tema que resaltan las autoridades y equipos de salud tiene que ver con los conflictos que se generan en atención primaria. Se observan rivalidades y comparaciones entre la población nacional y la extranjera, la primera percibe que **existe discriminación positiva hacia los inmigrantes**, porque los migrantes reciben muchos beneficios y mejores condiciones de acceso a la atención, según su mirada:

Mira, yo creo que, que uno nota, pero no es tampoco, no es una situación como muy, que sea constante o que sea permanente, de repente uno siente que hay una discriminación positiva, en el sentido de que, muchas veces ehh... tenemos una persona que está indocumentada, que es inmigrante y una población chilena, que no es... una chilena que está indocumentada, cambia, uno trata de proteger a la población, no es cierto? inmigrante, porque se supone que es más vulnerable, pero no así a la población chilena que no tiene ese acceso o no tiene esa vía, no es cierto, ese bypass para poder solucionar sus problemas y ahí es donde de repente, los funcionarios, sobre todo la gente del some... Ellos dicen: pero ¿por qué?, ¿por qué estamos haciendo esa discriminación, por qué discriminamos? Pero es poco, se da poco, pero existe, o sea, ante esa situación, se produce una tensión! **Entrevista 101, Director Centro de Salud, Agosto 2015.**

Y claro, efectivamente una persona que está sin previsión, chilena, no puede atenderse acá. El extranjero no se le puede dar tarjeta FONASA A como la que tienen los chilenos, pero si tiene un tipo de beneficio que se le puede dar. Entonces a veces eso también provoca roces entre...que, por qué el extranjero tiene más beneficios que el propio chileno. Entonces eso igual es complicado. **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015.**

Junto con lo anteriormente expuesto, las autoridades y Funcionarios o Trabajadores de salud entrevistados hacen referencia a la percepción que existe de que **la población extranjera está muy empoderada y exigente** en cuanto a sus derechos en salud, pero no así de sus deberes.

Hay un plan piloto...hay un...claro, un plan piloto acá en Recoleta, donde acá se ingresan 80 millones para...88 millones para trabajar con los migrantes, que tiene que ver con el acceso a la, con el acceso al sistema nuestro de salud, y la gente, ellos tienen muy claros sus derechos y no sus deberes y ahí es donde hay una cuestión súper complicada...ellos pelean por todo lo que ellos quieren, pero cuando ellos tienen tiempo. Se les cita a una hora y ellos llegan atrasados, hacen lo que quieren, o sea... es como un (no se le entiende) tierra de nadie. Y eso está produciendo roces entre la comunidad, por estos privilegios, por esta falta de conciencia de este gobierno comunal, en aplicar las políticas como se debieran, que es para todos iguales. Acá si un chileno no tiene previsión, no se atiende (todos) así de simple, pero a ellos se les atiende y se les da todo. **Entrevista 109, Grupo Focal Trabajadores de Salud, Agosto 2015.**

Aunque se ha ido avanzando en la incorporación de la población migrante, dentro de los desafíos pendientes reconocidos por los equipos de salud está el capacitar a los Funcionarios o Trabajadores de salud en temas de inter y multiculturalidad y en relación al trato con los/las inmigrantes.

Se reconoce el esfuerzo por algunos equipos de salud y por la comuna por incorporar más la temática de la inmigración en su quehacer a través de diversas actividades y programas.

6. Minibiografías de inmigrantes de la comuna

Mujer Peruana, 41 años. Vive hace 11 años en Chile, junto a su pareja quien emigró 3 meses después que ella y sus 3 hijas. Tiene un negocio en la comuna y además es ama de casa. Está en situación regular, sin embargo no paga imposiciones. Ella es una refugiada, emigró por asilo político. Se madre, profesora en un pueblo del Perú, es desaparecida y creció con su abuela. Fue presa política por 13 años en su país, al igual que su padre quien aún es preso político en Perú. Casi toda su familia vive en exilio político. Recibió ayuda de ACNUR para poder salir de su país y una vez que llegó a Chile, recibió apoyo de Cintra. Actualmente pertenece a FONASA A, se atiende en el sistema pública de salud y participa activamente de la mesa migrantes que creó recientemente en la comuna

Peruano, Psicólogo. Llegó a fines del año 2004 a Chile, después que su actual esposa, también peruana con la cual se casó acá. Migró porque su país estaba viviendo una situación político-social complicada, y por razones académicas, para realizar un postgrado. Le costó mucho insertarse laboralmente, pero ahora trabaja como psicólogo. Actualmente vive junto a su esposa y tres hijas en una casa en la comuna de Recoleta, la cual considera pequeña y en un sector no tan seguro. Para el tema de la vivienda sigue siendo uno de los problemas más importantes en la población migrante. A pesar de eso, cree que hay una buena relación entre los vecinos, entre quienes se ayudan y comparten información principalmente sobre actividades y beneficios. Otro problema es el de la delincuencia en el sector.

7. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

EJES ESTRATÉGICOS	NECESIDADES DE MIGRANTES IDENTIFICADAS	RECOMENDACIÓN
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> -Información sobre derechos en salud -Acceso a atención y posibilidad de derivación o atención en nivel secundario y terciarios de salud durante los periodos que aún no tienen su situación regular. -Buen trato y acceso a información actualizada y vigente -Registro, monitoreo y conocimiento de la población inmigrante. 	<p>Generar instancias de participación comunitaria que incorporen a la comunidad en su conjunto, tanto población nacional como extranjera, facilitando espacios de encuentro y diálogo que permitan a las diversas poblaciones conocerse y establecer vínculos.</p> <p>Informar a la comunidad migrante respecto a las normativas y leyes de extranjería vigentes por diferentes medios y actividades.</p> <p>Potenciar el la exigencia y ejercicio de los derechos y deberes de la población migrante.</p>
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> -Canales de información efectivos hacia la comunidad migrante. -Integración e interacción de la comunidad migrante con la comunidad Chilena -Solucionar el tema del hacinamiento y las condiciones de vivienda de la comunidad migrante. -Conocer los derechos y deberes tanto de salud como de otras áreas entre las comunidades. - Mitigar los prejuicios y discriminación hacia la población migrante. 	<p>Generar diagnósticos que den cuenta de la situación específica de salud de la población inmigrante de la comuna.</p> <p>Generar políticas públicas en salud específicas para población migrante tanto a nivel local como regional y nacional.</p> <p>Instalar programas de salud de inmigrantes en todos los niveles de salud y en todos los sectores. De este modo, cada centro de atención primaria debiera contar con un programa específico de salud y migración, cuya función sea facilitar la atención de salud de esta población.</p> <p>Facilitar la atención de salud de migrantes en situación irregular tanto en atención primaria como secundaria y terciaria y apoyar/ ayudar en la regularización de su situación.</p> <p>Generar programas y políticas que regularicen el hacinamiento y las condiciones de vivienda de los migrantes.</p> <p>Generar programas de trabajo específicos para población migrante con el fin de mejorar las condiciones laborales de esta población.</p> <p>Potenciar el trabajo intersectorial organizado en materia de población migrante entre sectores como salud, educación, vivienda, trabajo, desarrollo social.</p> <p>Generar políticas integrales que aborden no solo el tema de salud sino otros temas que indirectamente impactan en esta. (por ejemplo la vivienda)</p> <p>Potenciar el rol municipal para la operacionalización de normativas en materia de migración desde el nivel central.</p>

<p>Programas y Políticas Públicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación y flujo tanto de información como de acceso y programas especiales entre los distintos niveles de atención en salud. -Debatir en torno a las necesidades de salud específicas de la población migrante -Abordar la situación de salud de migrantes en situación irregular a nivel central y en coordinación con todos los niveles de atención. -Generar programas y políticas de protección y regularización laboral para migrantes - Estudios específicos y locales de la población migrante de la comuna -Mejora de condiciones de hacinamiento y vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Generar diagnósticos que den cuenta de la situación específica de salud de la población inmigrante de la comuna. - Generar políticas públicas en salud específicas para población migrante tanto a nivel local como regional y nacional. - Instalar programas de salud de inmigrantes en todos los niveles de salud y en todos los sectores. De este modo, cada centro de atención primaria debiera contar con un programa específico de salud y migración, cuya función sea facilitar la atención de salud de esta población. - Facilitar la atención de salud de migrantes en situación irregular tanto en atención primaria como secundaria y terciaria y apoyar/ ayudar en la regularización de su situación. - Generar programas y políticas que regularicen el hacinamiento y las condiciones de vivienda de los migrantes. - Generar programas de trabajo específicos para población migrante con el fin de mejorar las condiciones laborales de esta población. - Potenciar el trabajo intersectorial organizado en materia de población migrante entre sectores como salud, educación, vivienda, trabajo, desarrollo social. - Generar políticas integrales que aborden no solo el tema de salud sino otros temas que indirectamente impactan en esta. (por ejemplo la vivienda) - Potenciar el rol municipal para la operacionalización de normativas en materia de migración desde el nivel central.
<p>Investigación</p>	<p>Colaboración entre instituciones en materia de investigación</p> <p>Conocer os vacíos de conocimientos respecto a la población inmigrante de la comuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Generar líneas colaborativas de investigación entre instituciones que realizan investigación en esta materia - Indagar en los vacíos de conocimiento que existen respecto a la salud de la población inmigrante de la comuna para con ello generar un mapa local con el cual buscar soluciones. Dejar preguntas abiertas para lo local.

8. Referencias

1. Comuna. Descripción General [Internet]. Municipalidad de Recoleta. Available from: www.recoleta.cl
2. Plan de Salud Recoleta 2015. Municipalidad de Recoleta; 2014.
3. Recoleta/Secplac. Plan de Desarrollo Comuna de Recoleta 2009-2012. Municipalidad de Recoleta;
4. La Nación. RECOLETA: UN PUEBLO QUE NACE A LOS PIES DEL CERRO BLANCO. Diario La Nación. 2009 Mar 16;
5. Ministerio del Interior 2012.
6. Claudia Silva Dittborn. 01. Ciclo de Talleres. Buenas Prácticas Municipales. Migrantes [Internet]. Incubadora de Gestión Municipal y Centro UC Políticas Públicas; Available from: <http://gestionmunicipal.cl/wp-content/uploads/2015/08/migrantes.pdf>
7. Observatorio Social. Reporte Comunal : Recoleta, Región Metropolitana. Ministerio de Desarrollo Social; 2014.
8. Departamento de estudios y estadísticas de la Subsecretaría de prevención del delito. Boletín Comunal Recoleta. Victimización ENUSC y casos policiales de delitos de mayor connotación social Año 2012. Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile; 2013.
9. Ministerio de Salud. Departamento de estadísticas e información en salud. [Internet]. DEIS. Available from: www.deis.cl

9. Anexos

Anexo 1

Tabla 1 Cuadro Resumen de Participantes

Participantes Recoleta Total: 32	Información Sociodemográfica
Autoridades de Salud o Locales 4 (4 entrevistas individuales)	Sexo: 4 mujeres Rango de Edad: 53-58, Promedio: 55,50 años
Trabajadores de la Salud, nivel primario 11 (1 grupo focal, 11 participantes)	Sexo: 9 mujeres y 2 hombres Rango de Edad: 29-60, Promedio: 42,54 años
Migrantes, Total: 17 (7 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y un grupo focal de 8 participantes)	Sexo: 12 mujeres, 5 hombres Rango de Edad: 21-65, Promedio: 38,64 años Nacionalidad: 1 boliviano, 13 peruanos, 2 ecuatorianos y 1 dominicano Años viviendo en Chile: 1-19, Promedio: 7 años

Anexo 2

Tabla 2 Cuadro resumen de Centros Asistenciales

Centro Asistencial
Hospital Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
Centro de Salud Familiar Dr. Juan Petrinovic
Centro de Salud Familiar Quinta Bella
Centro de Salud Familiar Valdivieso
Centro de Salud Familiar Cristo Vive (ONG Delegado)
Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU Cristo Vive (ONG Delegado)
Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU Recoleta
Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU Valdivieso
Centro Comunitario de Salud Mental Recoleta

10. Acerca de los autores

Javiera Flaño Olivos, MD, MSc

Médico cirujano y Magíster en Salud Global de la Universidad de Oxford, Reino Unido. Docente de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y postgrado. Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Coordinadora área gestión del conocimiento y asesora en salud en América Solidaria internacional. Co-fundadora y directora de la Corporación Caminando Sin Heridas.

Email: jayafano@gmail.com



Capítulo 22

Estudio de Caso: Comuna de Quilicura



Yamile Cabrera Cuevas

Religiosa de la orden Terciarias Capuchinas, Orientadora Familiar con mención en Juventud, Diplomada en Derechos Humanos para la protección de Migrantes y Refugiados, Jefa del Dpto. de Innovación y Participación de la Ciudadanía de la Municipalidad de Quilicura.

Gonzalo Blanco Nuñez, MSc

Encargado de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados de Quilicura.

Débora Ramos Barrios, BSc

Encargada Área Salud de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados de Quilicura.

1. Cuadro Resumen

a) ¿Cómo es la comuna?

- Quilicura es una comuna con gran presencia de empresas, las cuales no necesariamente ocupan la fuerza laboral de la comuna.
- La comunidad presenta diverso tipo de necesidades dada su situación socioeconómica; 16,8% de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza.
- Es una comuna que históricamente ha tenido gran presencia de comunidades inmigrantes.
- Recientemente ha aumentado el número de haitianos presentes en la comuna.

b) ¿Cómo viven los inmigrantes en esta comuna?

- Quilicura es una comuna de acogida para la población migrante.
- La comunidad migrante que vive en la comuna es diversa en relación a su origen, prevaleciendo inmigrantes latinoamericanos y haitianos.
- La población inmigrante pertenece principalmente a un grupo etareo laboralmente activo.
- Gran parte de la población inmigrante debe realizar remesas a sus países de origen.
- Existen algunas las estrategias generadas desde la Municipalidad de Quilicura para dar cumplimiento a resolver las brechas que presenta la atención de migrantes en el sistema público de salud a nivel local.
- Este municipio enfatizó en usar estrategias participativas y facilitadores interculturales que medien en la resolución de las dificultades interculturales que se presenten en la atención de salud.

c) ¿Qué falta mejorar?

- Buscar estrategias que permitan abordar la brecha idiomática que existe con la comunidad haitiana.
- Potenciar sensibilización y espacios de encuentro multicultural de manera permanente y no solo esporádicos.
- Contar con información específica respecto a la salud mental de la población inmigrante

d) Palabras Clave: Quilicura, Migrantes Internacionales, Chile, Salud, Facilitadores Interculturales

2. Antecedentes Comunales

2.1. Descripción general de la comuna

La Comuna de Quilicura se encuentra ubicada en el Noroeste de la Región Metropolitana, ubicada a 14 Km de la capital regional. Limita al Oriente con las comunas de Huechuraba y Conchalí, por el norte con las comunas de Lampa y Colina, por el sur con la comuna de Renca y por el poniente con la comuna de Pudahuel, posee una superficie aproximada de 56,6 km², lo que representa el 0,36 % de la superficie Regional Metropolitana (15.554,51 km²). Fundada en 1901, fue considerada históricamente como zona rural y campestre, modificando dicha condición en las últimas dos décadas, asociados a políticas de desarrollo urbano-social y la disponibilidad de suelo para este cometido. Actualmente la superficie ocupada es 100% urbana y con un 100% de cobertura de red de agua potable. Según su característica geográfica, es una comuna valle, con 60 parques y plazas, ubicadas preferentemente al nororiente de ésta.

Por su territorio recorren importantes carreteras de connotación regional y metropolitana siendo estas: Carretera Norte-Sur (Carretera Presidente Eduardo Frei Montalva), Carretera General San Martín Los Andes y Circunvalación Américo Vespucio y sus respectivas calles de servicios o caleteras.

Según datos entregados por SECLPLAN de la Municipalidad de Quilicura, indican que en la actualidad la población cuenta con aprox. 230.000 habitantes. El género masculino equivale al 49% de la población, en tanto el género femenino representa el 51%. La densidad poblacional es de 3.486,6 habitantes por km². El desarrollo de la comuna se plasma por una parte en el sector industrial ubicado en Quilicura, pues ha favorecido el crecimiento de habitantes, pues buscan trabajar cerca de sus viviendas, además del aumento de proyectos habitacionales y de la urbanización instalada en la comuna.

En cuanto a la división de los rangos etáreos de la población, se muestra que entre las edades de 0 a 14 años el porcentaje es del 27,28%, de 15 a 29 años es del 26,53%, de 30 a 44 años el porcentaje es de 22,08%, de 45 a 64 años es del 20,46% y de 65 años y más corresponde al 3,64%. De estos resultados se deduce que la población hasta los 29 años de edad se acerca al 53,81%, reflejando que Quilicura sigue siendo una comuna relativamente joven, donde solo el 3,64% representa la tercera edad.

En lo que refiere a la división territorial de la comuna, el departamento de Organizaciones Comunitarias de la municipalidad ha propuesto hacer una división territorial que se fundamenta en una distribución de 7.500 viviendas por cada sector, además de considerar un promedio de habitantes por viviendas en torno al 4,2%.

Los límites que generan las principales calles de la comuna también son considerados para la división territorial realizada, generando una división en 6 zonas formadas por 28 unidades vecinales, promoviendo de esta forma con la descentralización de la comuna.

Dentro de la población de Quilicura es importante mencionar un aumento en el porcentaje de migrantes y refugiados en los últimos años. Los grupos más representativos dentro de la comuna son de Haití con 549 habitantes, luego Perú con 126 habitantes, seguido por Colombia con 59 habitantes, Palestina con 17 y Ecuador con 12, según datos entregados por la Oficina de Migrantes y Refugiados de la Municipalidad. Dentro de los registros que se manejan existen 971 personas, que alguna vez solicitaron algún tipo de ayuda u orientación, pero se considera que el número de habitantes pueda ser mayor.

En relación a aspectos económicos, tenemos que producto del crecimiento demográfico explosivo de la comuna ha afectado en su actividad económica, que han permitido la instalación de una serie de empresas en la comuna, lo que no necesariamente ha involucrado un aumento en el empleo para los habitantes de Quilicura, puesto que la fuerza laboral de estas empresas corresponde mayoritariamente a otras comunas (1).

Según registros disponibles en Oficina de patentes municipales, se presenta un predominio de la actividad terciaria, como el comercio y servicios, sobre la actividad extractiva y primaria. El aumento de la población de las últimas décadas ha incidido en mayor disposición de fuerza laboral. Esta se distribuye con una clara tendencia al trabajo masculino, en desmedro del femenino. Se observa un importante desarrollo de la micro y pequeña empresa que ha implicado acciones municipales tendientes a su fortalecimiento a través de una unidad específica, siendo las principales actividades económicas que se desarrollan en la comuna son el comercio (21,2%) y la industria manufacturera (20,7%).

En cuanto a datos de pobreza y vulnerabilidad, el 16,8% de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza. Por su parte, la población indigente es de un 3,8%, mientras que la población que pertenece al Programa Puente (actual Ingreso Ético Familiar) alcanza a 45 familias, Chile Solidario se eleva a 1.535 familias atendidas y en relación a la Asignación Familiar durante el año 2013 fueron 3.111 personas las beneficiadas, según datos del Departamento de desarrollo social.

En relación a datos educacionales, de acuerdo a datos entregados por la Casen 2009, el promedio de escolaridad en años para hombres es de 10,5 y mujeres es de 10,1, observando una alfabetización equitativa sobre el 98% para ambos sexos. En cuanto a la población que se encuentra en edad escolar 18.920 corresponden a hombres y 18.446 a mujeres.

Existen servicios educacionales de nivel primario y secundario de todas las denominaciones tanto establecimientos públicos (municipales), como particulares subvencionados por el estado y particulares pagados. Y solo 1 establecimiento de educación superior como lo es el IP La Araucana que imparte 10 carreras técnicas y profesionales y que durante este periodo tuvo 751 alumnos matriculados.

Respecto de indicadores de vulnerabilidad escolar en establecimientos públicos tenemos que en la educación básica y media el total de alumnos con deserción escolar en la comuna es de alrededor de 1.328. En tanto la tasa de repitencia en educación básica es del 8,4% y en media del 1,8%. En cuanto a la asistencia promedio en educación básica asciende a 4.586 días y a 767 días en educación media.

El índice de vulnerabilidad escolar en la comuna indica que el promedio IVE SINAЕ es del 80,23, se registra que 4.088 niñas y niños de la comuna son vulnerables, donde los IV SINAЕ más altos corresponde al establecimientos María Luisa Sepúlveda y Valle de la Luna con 84,5 y 86,8 respectivamente.

Respecto de Información sobre Salud tenemos que respecto de establecimientos de salud disponibles, la comuna cuenta con tres Centros de Salud familiar (CESFAM); Irene Frei de Cid, ubicado al Poniente de la comuna, Salvador Allende, ubicado al Centro-Norte y Manuel Bustos, al oriente. Por otra parte, existen tres centros de Salud Primaria de urgencia (SAPU). Estos SAPU se encuentran en el centro de la comuna, anexo al CESFAM Irene Frei de Cid y al CESFAM Salvador Allende.

Por su parte, existe un centro de salud mental municipal denominado COSAM Dr Luis Paz Campos y gracias a la decisión política derivada de los antecedentes que existen en salud mental de alumnos de establecimientos municipales, se ha creado el 2015 un COSAM Escolar (que depende del Departamento de Educación), pero en coordinación con el COSAM que depende del Departamento de salud.

Estos centros municipales tienen sobre 120.000 personas inscritas, que representan cerca del 60% de los habitantes de la comuna.

En relación a la epidemiología de la comuna, tenemos que en nuestra comuna hay más nacimientos masculinos que femeninos, pero los indicadores señalan que estos tienden a morir antes que las mujeres (Índice de Swaroop 74,4 hombre; 83,7 mujeres)

Entre las principales Causas de Muerte en la comuna de Quilicura: tenemos el infarto agudo al miocardio, tumores malignos del sistema respiratorio y traumatismos

Quilicura, al igual que el país en general tiene tasas preocupantes de problemas nutricionales, sobretudo el exceso de peso, siendo un problema de salud pública grave, aumentando el riesgo de muerte por patologías cardiovasculares.

Por tanto, Quilicura es una comuna prototípica de nuestra cultura, porque son causas de muerte generalmente evitables, este es el contexto en que arriban los migrantes a nuestra comuna

Por último en relación a Aspectos Judiciales y Policiales. La comuna cuenta con una Comisaría de Carabineros (49° comisaría), y una avanzada de la Policía de Investigaciones.

En relación al aspecto judicial, no se cuenta con Tribunales de Garantías, tribunal de juicio oral en lo penal, tampoco con Defensorías o Fiscalías locales. Solo existe un Juzgado de Policía Local.

En los datos proporcionados por la comisaría de carabineros, aparecen como procedimientos relevantes denuncias, procesamientos, detenciones o condenas asociadas al consumo, tráfico, microtráfico de drogas y violencia intrafamiliar realizadas en la comuna de Quilicura. En las denuncias realizadas se observa que sobre el 93% corresponde a (VIF) y solo el 7% a denuncias vinculadas al tema de drogas. En cuanto a las detenciones el 77.5% están relacionadas a VIF y el 22.5% asociadas a infracciones a la ley 20.000, porte o consumo, microtráfico o tráfico de drogas.

Por tanto, podemos señalar que esta comuna cuenta con dispositivos para enfrentar los distintos requerimientos de la comunidad.

2.2. Inmigración en la comuna: lo que la comuna ya conoce

La migración en Quilicura ha ido tomando notoriedad con los años sobre todo, debido a la gran cantidad de haitianos que han llegado en estos últimos 8 años a la comuna, modificando la homogeneidad de rostros en el espacio público, siendo la tez negra cada vez más común en la vida cotidiana.

Los datos entregados por el último Censo de Población y Vivienda de 2012, señalan que en la comuna tiene 203.946 habitantes de los que poco menos de 4.500 serían extranjeros, lo que representa una tasa de migración del 2,2%. Por su parte el número de residentes extranjeros de la Región Metropolitana es de 208.431 y en la provincia de Santiago 188.528, cifras que en líneas gruesas coinciden con las proyecciones de población realizadas por el CELADE junto al INE en 2010. En este contexto la población extranjera de Quilicura representa el 2,1% del total de la región y el 2,4% del total provincial, lo que tal como lo muestra la tabla 1 sitúa a la comuna en el 11º lugar con mayor cantidad de migrantes en esta región, lo que la sitúa encuentra dentro del 30% de comunas de la Región Metropolitana con mayor número de residentes nacidos en el extranjero.

Es necesario señalar que dada la alta concentración de población haitiana que reside en Quilicura, es probable que la cifra censal esté subestimada, ya que se cuenta con información fiable de que muchos migrantes de esta procedencia no estuvieron dispuestos a responder la solicitud de los censistas ya sea por desconfianza, o por desconocimiento del proceso censal y temor a ser denunciados, en el entendido de que los funcionarios censistas forman parte del sistema estatal. La limitación idiomática conspiró también contra la posibilidad de llevar a cabo un registro válido de esta población. Una situación similar puede haberse producido en la comuna de Estación Central, que también cuenta con una elevada concentración de población haitiana.

Tabla 1.

Población extranjera en las principales comunas de la RM, según datos censales 2012

Comuna	Población extranjera	% sobre total de extranjeros en provincia de Santiago
Santiago	38.737	18,6
Las Condes	24.300	11,7
Providencia	11.438	5,5
Recoleta	10.019	4,8
Ñuñoa	8.884	4,3
Vitacura	8.372	4,0
Lo Barnechea	8.360	4,0
Independencia	8.289	4,0

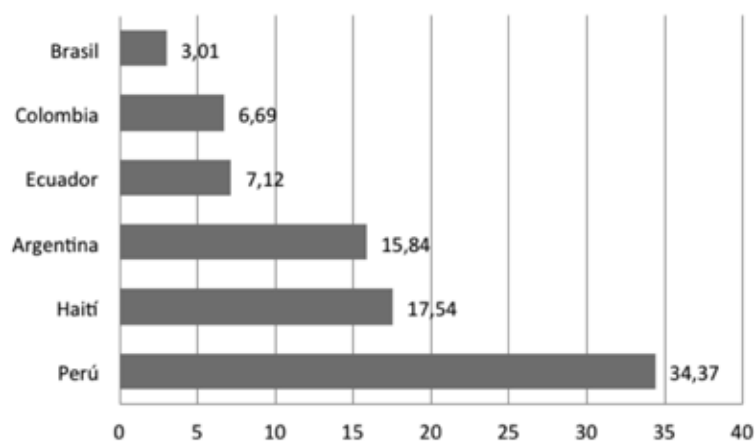
Maipú	6.993	3,4
Puente Alto	6.629	3,2
Estación Central	5.974	2,9
Quilicura	4.425	2,1
Quinta Normal	3.815	1,8
Región Metropolitana	208.431	100

Fuente: Elaboración propia

Esta muy probable subestimación de la población haitiana puede explicar que el colectivo con mayor presencia que registró haya sido el peruano. En efecto, tal como se muestra en el gráfico 1 según datos del CENSO 2012, el colectivo peruano que representa el 34,4% del total de migrantes de la comuna, seguido por el haitiano con el 17,6% y el argentino con el 15,8%, los siguen ecuatorianos y colombianos con un 7,1% y 6,7% respectivamente. Entre estos cinco colectivos nacionales sumarían más del 80% de los migrantes de la comuna.

Figura 1

Porcentaje de Población nacida en el extranjero residente en Quilicura por nacionalidad (%)



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo 2012

Más allá de las limitaciones de la fuente de información, los datos presentados nos permiten señalar dos tendencias generales de la realidad migratoria de la comuna. En primer término que los migrantes residentes en Quilicura provienen de contextos diversos, por lo que las políticas locales que se implementen deben considerar las singularidades culturales, familiares, educativas, sanitarias y demográficas de cada colectivo. Y es que aunque el contingente este compuesto esencialmente por migrantes que provienen de la región latinoamericana y caribeña, su diversidad interna es significativa.

Para realizar la caracterización de la situación socioeconómica de los ciudadanos extranjeros residentes de Quilicura se utilizó una metodología cuantitativa en base a los datos entregados por los Censos 2002 y 2012. A pesar que éste último, como ya se señaló ha sido objeto de justificados cuestionamientos debido a su falta de rigurosidad metodológica, es como también ya se dijo, una de las escasas fuentes de información estadística que puede entregar un panorama general de la situación actual por la que atraviesa la comuna.

En segundo lugar, los datos confirman el hecho de que los migrantes residentes en la comuna provienen de contextos culturales diversos, cuestión que marca la distinción de la comuna respecto de los otros contextos de recepción de migrantes de la región, y que debe orientar políticas locales de específicamente orientadas a abordar esta diferencia. La diferencia de la comuna en este sentido la marca la alta concentración de haitianos, que representa según datos de la misma fuente el 48% del total de haitianos residentes en la región metropolitana. Lo que convierte a Quilicura en el principal polo de atracción de migrantes de esta procedencia en la región y el país. Una realidad que a juzgar por el fortalecimiento de las redes y la persistencia de la situación crítica de ese país, tenderá a acentuarse en los próximos años. Es fuertemente recomendable que la comuna se encuentre preparada con políticas para recibir importantes contingentes de migrantes haitianos en los próximos años. Lo que implica el desafío extra de generar las condiciones para que ciudadanos con un idioma y una cultura distinta de la local, puedan equiparar sus condiciones de acceso respecto de la población nativa y los migrantes que provienen de países con una mayor cercanía cultural como Perú, Colombia o Argentina.

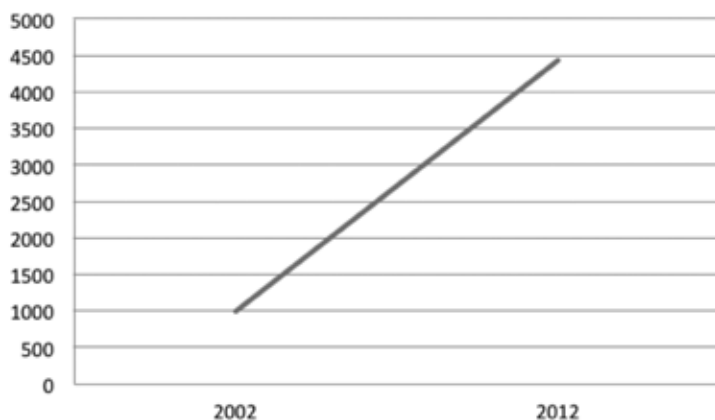
Esta diversidad cultural se suma a la complejidad que, en el mismo sentido aporta la presencia de 8 familias de refugiados provenientes de palestina y campos de refugiados Iraquíes. Este grupo a pesar de su bajo número trae consigo una cultura y una forma de vida sumamente distinta de aquella

a la que están habituados los habitantes de la comuna. Con lo cual es esfuerzo de focalización de políticas locales con orientación cultural se duplica el enfrentar culturas diversas no solo respecto de la local sino respecto a la cultura de otros colectivos migratorios. Ambas situaciones demandan una política con énfasis en las relaciones interculturales y en la consideración de las particularidades culturales de cada cual como punto de partida para el desarrollo de políticas de acogida y reconocimiento. La realidad migratoria de Quilicura está llevando a la comuna a convertirse en una sociedad multicultural, lo que la distingue de otras comunas receptoras de migrantes en la Región, no solo en términos de cantidad, sino que de complejidad cultural debido a la migración haitiana que ha significado una tensión con los servicios que le estado provee (en términos idiomáticos principalmente).

Esta diversidad cultural de Quilicura se encuentra en el origen de la configuración de la comuna como polo de atracción de migrantes. Así, más que señalar un cambio en la realidad migratoria de la comuna, sería una particularidad que está presente desde la instalación de las primeras corrientes migratorias en la comuna. La activación del flujo migratorio a Quilicura puede situarse en el primer decenio de los años 2000. En la última década la población inmigrante que reside en la comuna pasó de representar un 0,82% en el año 2002, a un 2,1% en el 2012, es decir, experimentó un incremento del 260% en diez años. En términos absolutos la población extranjera pasó de poco menos de 1.000 personas a las casi 4.500 mostrando un crecimiento del 350%.

Figura 2

Incremento de población extranjera residente en Quilicura



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo 2002-2012

Una de las hipótesis que se baraja para explicar esta situación es que es la comuna que representa un territorio de nueva industrialización y que ha mostrado un gran crecimiento en los últimos años. Lo cual habría redundado la aparición de nuevas formas de trabajo y la expansión de los procesos de metropolización tanto a nivel industrial como residencial, lo cual habría sido un aliciente para la atracción de diversos colectivos de trabajadores migrantes.

La información recopilada en la OMMR permitió conocer el grado de cobertura potencial que ofrece la oficina. Si tomamos en cuenta que la población migrante censada se sitúa en torno a las 4.500 personas, y que los registros de dicha dependencia municipal cuentan con un catastro de poco más de 572 migrantes que ha participado en alguna de las instancias ofrecidas, podemos decir que la cobertura total del municipio supera el 10% de la población migrante de la comuna. Esto muestra que el impacto alcanzado por la OMMR es tremendamente significativo. En la tabla 2 se sintetiza la población migrante que consta en los registros municipales, que se desagrega por ámbito en los siguientes apartados. El total de inmigrantes y refugiados adultos que ha participado en alguna de las actividades y programas ofrecidos por el municipio de Quilicura corresponde a 339 personas, de las cuales el 68% corresponde inmigrantes provenientes de Haití, y un 13,3% de Perú

Tabla 2

Migrantes y refugiados adultos y niños inscritos en la oficina de Quilicura

País	Total	%	% Total
Perú	45	13,3	
Ecuador	9	2,6	
España	1	0,3	
Camerún	3	0,9	
República Dominicana	1	0,3	
Brasil	1	0,3	
Colombia	28	8,3	
Irak	19	5,6	
Haití	231	68,1	
Palestina	1	0,3	
Total adultos	339	100	52,2
Total niños	222		38,8
TOTAL	572		100

Fuente: elaboración propia

Consulta migrante

El Plan de Acogida y Reconocimiento de Migrantes y Refugiados (2), a través del cual la Municipalidad de Quilicura define su política pública en materia migratoria, responde a este modelo. Esta oficina en colaboración con académicos de diversas universidades desarrollo la primera consulta migrante la cual entregó valiosa información respecto de cómo vivencian, los migrantes, su situación en nuestra comuna. El análisis de los resultados de la encuesta, permite profundizar o mejorar las acciones desarrolladas por la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados, o sugiriendo el diseño de nuevas líneas de acción. Las consideraciones que surgen del análisis, tienen que ver con el incremento de la participación de las mujeres en el proceso, y el abordaje de diversos temas vinculados a situaciones de irregularidad administrativa, familias transnacionales, migración laboral, nivelación, homologación y convalidación de estudios y títulos, vivienda, redes e Integración Social y percepciones de igualdad de trato y derechos.

Participación femenina en procesos de consulta

Una apreciación importante a tener en cuenta es la mayor participación de hombres que de mujeres (66% y 33%, respectivamente) en relación al total de personas que participaron en la consulta. Ante esta diferencia, es relevante preguntarse por el nivel de participación ejercido por las mujeres migrantes en los procesos de integración y de ejercicio de ciudadanía en la comuna. Paralelamente a indagar los motivos de la baja participación, el municipio debería desarrollar estrategias para fomentar la participación o crear instancias que motiven a las mujeres —tanto nacionales como migrantes— tal como lo plantea el Plan de Acogida y Reconocimiento de Quilicura como parte de la dimensión de convivencia (2).

Abordaje de situaciones de irregularidad administrativa

La Primera Consulta Migrante tenía como objetivo conocer las condiciones de vida, tanto de las personas migrantes que residían en Chile en situación regular, como de aquellas que se encontraban bajo una situación de irregularidad administrativa, quienes, como señala la OIM (2012) forman parte del fenómeno invisible de la migración. La mayoría de las personas que respondieron la encuesta se encuentran en situación regular (el 66,8% tendría la visa vigente mientras que el 19,6% la estaría tramitando). El 12,8% de las personas que participaron en la consulta señala, sin embargo, encontrarse en situación irregular, debido, principalmente a la no obtención tras realizar el trámite y al vencimiento de la misma. Siendo una migración eminentemente laboral, cabe señalar que las condiciones de irregularidad supone una imposibilidad de acceder al mercado de trabajo formal e indefensión ante posibles abusos (tanto por las condiciones del trabajo, como por las posibilidades de caer en redes de tráfico ilícito y trata de personas). El número de migrantes en situación irregular, junto con las consecuencias señaladas, parecen indicar que, si bien las y los migrantes consultados están familiarizados con el proceso de solicitud de visa, se requiere una mayor información del procedimiento y sus alcances, información actualizada vía talleres, cursos e informativos.

Familias transnacionales

Las prácticas familiares transnacionales, la importancia de la reunificación familiar y las implicaciones que ello tiene para las y los integrantes de las familias es un aspecto que debe ser abordado cualitativamente, considerando las estrategias y sacrificios que las y los migrantes realizan para establecer vínculos en la distancia y/o para reunirse con su familia, pareja o hijos (as). Los lazos de la población consultada se mantienen, en gran medida, a través de la comunicación telefónica o vía internet (un 98% de las y los consultados en Quilicura declaran comunicarse con familiares o

amigos, diaria o semanalmente), siendo que muchos de ellos señalan no contar con servicio de internet en la vivienda. Es por ello que sería relevante considerar la presencia de centros de llamados y de computación para facilitar la comunicación con familiares y amigos en el país de origen.

Migración laboral

La consulta migrante refleja el carácter laboral de la migración en Quilicura, siendo una población en edad económicamente activa —con una media de edad de 34 años—, con un acceso al mercado del trabajo a través de sectores terciarios, principalmente fábricas y comercios. El 70% de la población encuestada declara trabajar bajo una modalidad de contrato. Sin embargo, respecto a la inserción laboral de los y las migrantes, quedaría por conocer diferentes aspectos vinculados al mundo laboral, como son las principales problemáticas y trayectorias laborales, cumplimiento de la normativa, relaciones con otros trabajadores, ya sean nacionales y de otra nacionalidad, posibilidades de movilidad laboral ascendente, condiciones laborales (salario, horario, estabilidad, responsabilidades, ambiente, entre otros) y diferencias entre hombres y mujeres en todos los aspectos señalados. Con el objetivo de proteger los derechos laborales de la población migrante y refugiada, en iguales condiciones que las y los trabajadores nacionales, también sería recomendable implementar acciones destinadas a incentivar la sindicalización de los trabajadores migrantes (2).

Remesas

De acuerdo a los resultados de la Consulta, más del 70% de las y los encuestados señala enviar dinero a su país de origen, respuesta que se condice con el alto nivel de empleabilidad de la población consultada. Queda ahondar en los usos y razones del envío de remesas y las implicancias y efectos que ello tiene tanto en las y los destinatarios como en quienes realizan el envío.

Nivelación, homologación y convalidación de estudios y títulos

Las principales razones en los bajos porcentajes referidos a los procesos de validación, continuidad y homologación de estudios quedan de manifiesto: la falta de tiempo, el costo económico que implica y la dificultad del trámite. La nivelación, homologación y convalidación de estudios y títulos permitirá a la población consultada conseguir empleos con mayor calificación y remuneración, mejorando su calidad de vida. Ante tales beneficios parece necesario desarrollar acciones dirigidas a la convalidación y continuidad de estudios para jóvenes y adultos, en conjunto con el Departamento de educación municipal, el MINEDUC y la OMMR, que difundan las modalidades de continuación de estudios (MINEDUC, 2012) así como la nivelación de estudios con franquicia tributaria a través de SENCE y el Sistema Nacional de Evaluación y Certificación de Estudios de personas jóvenes y adultas. Se refuerza la necesidad de ahondar las acciones propuestas, en la dimensión de trabajo, por el Plan de Acogida y Reconocimiento de Migrantes y Refugiados (Thayer, 2014), que señalan, no solo la capacitación técnica, sino el reconocimiento y la validación de la formación previa de las y los migrantes: fortalecimiento de competencias para el trabajo, ampliación de la oferta de cursos de capacitación y especialización técnica como recurso para el acceso al mercado del trabajo (2).

Vivienda

La vivienda es un aspecto fundamental en la integración de la población migrante en las sociedades de destino. En el caso de las y los consultados, un gran porcentaje afirma que viven con otros hogares y otras personas diferentes a su núcleo familiar en la misma vivienda. Estas situaciones relevan la pertinencia de implementar las acciones referidas en la dimensión Convivencia y hábitat del Plan de Acogida y Reconocimiento de Migrantes y Refugiados: apoyo institucional para facilitar el acceso de los migrantes al respaldo económico y administrativo que se requiere a la hora de arrendar una vivienda (Thayer, 2014: 52). Sería también recomendable profundizar en la percepción que del barrio tiene la población consultada, de acuerdo al acceso a servicios, la conectividad y áreas verdes, como también del uso de los espacios públicos y la convivencia con la comunidad nacional.

Redes e Integración Social

La participación social de las y los migrantes consultados responde a la generación de las primeras redes de apoyo, con participación mayoritaria en organizaciones de corte religioso o vinculadas a su nacionalidad. El 63% de las y los consultados señaló haber contado con redes de apoyo que facilitaron su instalación inicial, formadas, mayoritariamente, por familiares y connacionales. Sin embargo, sólo un porcentaje minoritario de la población encuestada afirma haber recibido soporte inicial por parte de personas chilenas. Esta situación releva el sentido de implementar la primera recomendación del Plan de Acogida y Reconocimiento de Migrantes y Refugiados sobre Convivencia y hábitat, que promueve generar acciones para fortalecer los vínculos de los colectivos migrantes con la comunidad local mediante actividades de intercambio cultural (2).

Más allá de las iniciativas de carácter cultural implementadas por la OMMR desde el año 2013, es importante generar espacios de comunicación entre vecinos —nacionales y migrantes— mediante actividades interculturales y programas de mediación intercultural, siguiendo la acción recomienda por el Plan de Acogida y Reconocimiento la implementación de programas de mediación intercultural y vecinal (2). Si bien los programas de mediación intercultural ya están siendo desarrollados por la OMMR en este segundo semestre de 2015, se recomienda extenderlos a los distritos vecinales de San Luís y Lo Marcoleta, donde la consulta tuvo mayor cobertura y participación de la comunidad migrante. - Percepciones sobre igualdad de trato y derechos: Como se revisó en el capítulo de Redes e Integración Social, el 56% de las y los migrantes considera que el respeto hacia las personas en Chile depende de la nacionalidad las mismas. Esta percepción subraya la necesidad de implementar acciones de convivencia como para generar una aceptación normalizada de la presencia de las y los migrantes en la comuna (2) señalada en el Plan.

Las valoraciones observadas sobre Chile como país de residencia y en concreto de la comuna de Quilicura, apuntan a la importancia de generar sistema de evaluación de las prestaciones de servicios y atención. Finalmente, queda de manifiesto la necesidad de expandir el marco de acción del municipio con las comunidades que aún no acceden a los servicios y prestaciones que ofrece, así como también de seguir implementando a todas las dependencias municipales programas de capacitación de funcionarios que los informe (y forme) sobre los derechos de los migrantes y refugiados,

así como de los procedimientos que pueden facilitar la atención de estos colectivos (2). Como se observa, son múltiples las consideraciones surgidas del análisis de las encuestas. Principalmente, la información obtenida viene a refrendar la necesidad de implementar gran parte de las acciones propuestas en el Plan de Acogida y Reconocimiento de Migrantes y Refugiados, siendo un importante insumo para desatacar cuáles son las acciones prioritarias, cuáles requieren profundizarse, y qué nuevas acciones deberían diseñarse. Cabe señalar, finalmente, la importancia de estos procesos consultivos a la hora de generar políticas públicas locales, siendo un mecanismo clave tanto para su diseño como para su evaluación, configurándose, de este modo, un proceso de mejora continua de la gestión municipal en materia migratoria.

La comuna de Quilicura como todo contexto receptor de migrantes es único y singular, tanto por su historia, su organización institucional, las características de su población, su estructura productiva, su organización geográfica, etc., como por los rasgos propios de los colectivos migrantes que residen en allí. Esto forma parte de un fenómeno para el que cual existen respuestas universales, ni recetas probadas. Para hacer frente a las dificultades que genera el encuentro en el territorio, de ciudadanos extranjeros y actores nativos, es necesario conocer las particularidades de cada contexto migratorio. Las realidades locales definen las condiciones para la intervención y las acciones a seguir. Aún así la experiencia acumulada en los distintos contextos puede constituirse en un aporte a la reflexión que cada territorio pueda hacer respecto de su propia realidad. Las buenas prácticas pueden transmitirse o acogerse, siempre bajo la condición de su adaptación a las condiciones locales.

De manera que, si bien las particularidades de Quilicura son únicas, es indudable que encuentran consonancia con la realidad de otras comunas con las que está conectada social, económica, territorial e institucionalmente. De hecho los mismos recorridos cotidianos de los migrantes conectan realidades comunales diversas. La realidad de Recoleta, Santiago, Estación Central, Independencia, Quinta Normal y Quilicura tienen puntos de encuentro a pesar de sus particularidades. Por ello es que junto a la necesidad de formular planes orientados a hacerse cargo de la realidad migratoria de cada comuna, es recomendable buscar los puntos de encuentro con las otras realidades locales en función de impulsar políticas a mayor escala. Estimular una articulación entre los gobiernos locales de la Región Metropolitana que comparten una realidad común es una condición para la construcción de un entorno donde los migrantes y refugiados puedan constituirse en comunidades fortalecidas e interactivas con el medio.

Para hacerlo sin embargo cada comuna debe definir y abordar primero su propia realidad migratoria. En el caso de Quilicura la concepción que se tiene sobre las políticas locales de acogida y reconocimiento se basan en cuatro supuestos: la centralidad de lo local, la importancia de la diferencia cultural, la existencia de redes sociales que permite proyecta la realidad migratoria de la comuna en los próximos años, y el apoyo institucional que supone la existencia de la Oficina Municipal de Migrantes y refugiados.

2.3. La centralidad de lo Local

La migración es antes que nada un fenómeno local, pues sus consecuencias más significativas se viven en esta escala territorial, ello hace que al ser abordado políticamente los gobiernos locales asuman una responsabilidad de avanzada respecto de los otros niveles del Estado. Para ilustrar el punto puede señalarse que, según el último informe mundial de migraciones de Naciones Unidas a nivel agregado la población migrante no supera el 3% de la población mundial. Una cifra que en términos macro resulta poco significativa, sin embargo a medida que se reduce la escala territorial esa tasa se va incrementando, volviendo más significativa para la vida cotidiana las relaciones entre personas migrantes y nativas. La presencia de ciudadanos extranjeros en ciudades, comunas y barrios se vuelve más significativa pues es en estos entornos de proximidad en que se originan los conflictos de convivencia, las prácticas discriminatorias, las transformaciones en la cultura, la emergencia de nuevas identidades, etc. La presencia de migrantes y refugiados se hace significativa justamente en los colegios, barrios, consultorios, servicios públicos, plazas, parques, medios de transporte etc., que son los escenarios donde toman cuerpo ese tipo de prácticas.

Los municipios están llamados en este sentido a desempeñar un papel primordial en dos sentidos. Primero deben asumir la responsabilidad de generar las políticas sociales necesarias para resguardar los derechos en la primera acogida y para ampliar el reconocimiento de derechos en el mediano plazo. Segundo, no hay otra institución social o política que esté en un mejor pie servir vincular la realidad migratoria con los niveles más generales del Estado (gobiernos provinciales, regionales, y central). El municipio se convierte con ello en la plataforma para mejorar las condiciones de integración de los migrantes que dependen de los otros niveles del Estado. Si en el primer sentido el municipio actúa como agente directo de la integración de los migrantes, en este segundo sentido participa como una “caja de resonancia” de la realidad migratoria, de las demandas, necesidades de los migrantes, como de las limitaciones de las políticas de reconocimiento que dependen de los otros niveles del Estado.

2.4. La diferencia cultural

La migración que recibe la Región Metropolitana proviene en un 80% de países latinoamericanos. Este hecho define las condiciones de partida en que se inicia el proceso de integración de los migrantes, y marca así mismo la orientación que en la región deben tener las políticas y programas de acogida y reconocimiento. Ese dato muestra por ejemplo que la diferencia cultural e idiomática, de creencias religiosas, de hábitos de consumo, y de prácticas familiares, no tendría que presentarse como un problema de disonancia cultural que afecte la convivencia. El que la gran mayoría de los migrantes que reside en Santiago provengan de registros culturales, parecidos a los locales y con suficientes puntos de encuentro con estos, como para sentar las bases de una convivencia fluida, no implica que las distintas formas de habitar y de estar en los espacios locales que llevan a cabo los migrantes, no genere conflictos. El punto es que para comprenderlos no deben asumirse de antemano como conflictos de base cultural, puesto que

las diferencias culturales de los migrantes que provienen de la mayoría de los países latinoamericanos son menores respecto de los chilenos. Con lo cual en lugar de abordar los conflictos de convivencia como problemas culturales, lo pertinente sería asumirlos como una distinción en las prácticas y hábitos en la forma de usar el espacio.

La situación de Quilicura en este sentido especial y diferente respecto de las otras comunas de Santiago, aquí la elevada concentración de ciudadanos haitianos y la significativa presencia de refugiados palestinos marca una diferencia pues son grupos que provienen de registros culturales diferentes. Ello no solo incide en la existencia de barreras idiomáticas más gruesas, sino también en la justificación y el fundamento que encuentran las prácticas de estos colectivos en la cultura. Cabe señalar que la diferencia cultural más marcada se da entre estos colectivos y la población nativa, pero también entre ellos y el resto de la población migrante, proveniente de países más cercanos culturalmente como Perú, Argentina, Colombia o Bolivia.

Si bien los datos del Censo 2012 no son plenamente válidos, constituyen una de las pocas fuentes estadísticas disponibles sobre población migrante, de manera que asumiendo las cautelas en su uso, podemos decir que según este registro el 48% de los migrantes haitianos que residen en la Región Metropolitana vive actualmente en la comuna de Quilicura. Y que simultáneamente residen ocho familias de refugiados palestinos concentrados en la parte sur de la comuna cuya acogida está atravesada por la diferencia cultural con que se insertan.

Esta particularidad impone al municipio un desafío extra a la hora de construir un plan de acogida para migrantes y refugiados puesto que se deben crear los instrumentos para igualar las condiciones sociales de acceso a los derechos, en consideración de la diferencia cultural que los sujetos portan. En este punto cabe consignar que la perspectiva de los Derechos Humanos en la que se funda este plan asume que el respeto de la diferencia cultural implica construir un marco para el diálogo, la mediación y la negociación de las identidades, con resguardo de la garantía de protección de los grupos más vulnerables, como son los menores de edad y las mujeres. De manera que el problema de la convergencia de culturas es en Quilicura un asunto central a la hora de pensar en la migración y en las políticas locales de acogida y reconocimiento.

2.5. Las redes sociales

El tercer supuesto con que se abordan las políticas locales en Quilicura dice relación con poner en relieve la existencia de redes sociales. Está demostrado que las redes migratorias son un importante factor predictivo de los flujos migratorios del futuro (Massey, 2006). En este sentido el hecho de que Quilicura sea hoy un polo de atracción de migrantes incentiva que en el futuro se incremente esta realidad. Los nuevos flujos migratorios suelen dirigirse a los lugares donde ya están instalados los migrantes de que provienen de la misma procedencia. Esto no significa que los flujos no puedan diversificarse en el futuro, ello puede ocurrir debido a las condiciones de atracción que posee Quilicura, lo seguro es sin embargo que la actual complejidad de la realidad migratoria se mantenga incrementándose los contingentes.

A partir de lo anterior puede asumirse que en los próximos años los migrantes haitianos, colombianos, peruanos, bolivianos, argentinos, etc., que ya están instalados en los barrios de la comuna se convertirán en el vector que incentivará los nuevos flujos provenientes de esos mismos países. El apoyo que prestan las redes en cuanto a la reducción de los costos y los riesgos de la migración, la transmisión de información, la canalización de ofertas de trabajo, etc., es un fuerte aliciente para el crecimiento de los contingentes migratorios a través de las redes. La importancia que tiene comprender y asumir la incidencia de las redes en los nuevos flujos migratorios es vital para incorporar las políticas migratorias en las planificaciones de mediano y largo plazo de los gobiernos locales.

2.6. El apoyo institucional de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados

El trabajo que ha llevado a cabo desde el año 2010 la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados ha contribuido a consolidar entre los colectivos migrantes y refugiados a la comuna de Quilicura como un lugar óptimo en el que llevar a cabo los proyectos de vida. Más allá del aporte en cuanto a las acciones y políticas específicas que ha desarrollado la Oficina en su corta historia, se ha instalado en el imaginario de las redes migratorias que Quilicura es un lugar donde los migrantes y refugiados cuentan con espacio abierto para plantear sus inquietudes y a la vez una instancia de interlocución con la autoridad local. La Oficina aparece en el discurso es interpretada por los migrantes y refugiados en términos de que en la comuna hay un espacio donde llegar.

Si bien se perciben, como veremos más abajo, dificultades propias en Quilicura, que son comunes en otras comunas, existe la noción de excepcionalidad por los beneficios que entrega la oficina. Los que se traducen principalmente en una percepción de protección, de acogida, de reconocimiento inicial por la existencia de un espacio "para los migrantes", lo que redundará en la construcción de un sentido de pertenencia auténtico a la comuna. La posibilidad de encontrar una puerta institucional abierta, se refuerza con la posibilidad de acceder a un espacio de encuentro con otros migrantes que, aunque provengan de contextos distintos, enfrentan dificultades similares. El contraste que los migrantes realizan respecto de otras comunas como Independencia y Estación Central, que conocen o en las que han vivido, se basa en la idea de que Quilicura ofrece un espacio de encuentro e interlocución.

Los recursos aportados por la Oficina que más destacan los migrantes tienen que ver con acciones concretas pero son concebidas integralmente

desde un sentimiento de acogida. Este sentimiento se expresa en la convicción de los migrantes en cuanto a la llegada de nuevos migrantes, ha crecido porque en la comuna existen condiciones de acogida más abiertas y hospitalarias que en otras comunas como las ya aludidas. Es así que la Oficina se ha convertido en un referente relevante de las redes sociales migratorias. Las contribuciones puntuales que destacan los migrantes y refugiados y que han permitido crear este sentimiento de acogida son:

- La existencia de una instancia formal donde los migrantes y refugiados puedan encontrar la información sobre sus derechos y la forma de acceder a ellos;
- Un espacio donde se encuentra apoyo para resolver problemas de acceso igualitario a la salud y la educación;
- Un lugar donde pueden acceder a recursos para fortalecer sus competencias ocupacionales en talleres y capacitaciones, que les permite incrementar sus ingresos;
- Un espacio donde acceder a los códigos locales. En el caso del colectivo haitiano se valora con mayor énfasis por la existencia de una mayor distancia entre los códigos propios y los locales.
- Un apoyo para denunciar los abusos laborales que experimentan hombres y mujeres migrantes independiente de su situación administrativa.
- Un lugar de encuentro con otros migrantes que están en una situación similar, lo cual fortalece la comunidad y las redes de apoyo. Lo cual redundará en la creación de un soporte afectivo al que recurrir.
- Una fuente de acceso a información práctica sobre trámites que requieren realizar que son propios de su condición de extranjeros, o que debe realizar toda persona

Estas son los campos de intervención de la Oficina que resultan más visibles para los migrantes, y contribuyen a crear en ellos un sentimiento de acogida que puede servir de base para la construcción del auto-respeto, y el reconocimiento. La seguridad que transmite la existencia de la oficina a los migrantes de la comuna, redundará en el fortalecimiento de un sentido de pertenencia a la comunidad local y de compromiso con su desarrollo futuro.

Respecto de la migración haitiana, se ha generado una gran preocupación de la autoridad para poder integrarlos a los derechos de la sociedad chilena, pensando en ellos y otros migrantes es que se creó la Oficina Comunal de Migrantes y Refugiados, dependiente de la Municipalidad de Quilicura, quien atiende las necesidades de estos habitantes quilicuranos, ofreciéndoles espacios para capacitarse e insertarlos al mundo laboral, educacional y de salud.

3. La salud de la comuna e inserción de los migrantes en el sistema de salud

Los centros de salud de la comuna son unos de los dispositivos públicos que entran en tensión con la llegada de la población migrante, puesto que al ser el acceso a la salud un derecho, el sistema debe proveer de los mecanismos para implementar ese derecho cuando se es requerido, aunque no estén las condiciones para ello.

En Quilicura, esta tensión se ve reflejada principalmente con la atención de población migrante no hispanoparlante, específicamente haitiana. Si bien toda la población migrante recién llegada, también requiere atención, aunque no esté proveyendo recursos mediante cotizaciones previsionales o aporte del estado vía per cápita por ellos (antes de inscribirse como beneficiarios del sistema). El sistema los ha atendido sin gran complicación

Los servicios de salud comunal han reportado, desde hace un lustro, el problema con la población haitiana y el sistema de salud, centrándolo principalmente en 2 aspectos: la cultura patriarcal de la población haitiana y el lenguaje incomprensible para los funcionarios, lo que dificulta la comunicación que permita interactuar de manera eficiente para señalar la sintomatología y prescribir las indicaciones médicas. Esta situación de tensión movilizó la búsqueda de respuestas sin solución por varios años, esta dificultad, como por ejemplo, para acortar la brecha idiomática estaba coartada por la escasez de recursos para implementar cursos de francés que era la petición concreta de los funcionarios...luego nos daríamos cuenta que el idioma a aprender era creole.

Se hizo intento por superar la barrera idiomática contratando el año 2012 a 2 hombres de origen haitiano, con un correcto español, para que hicieran las veces de traductores de las indicaciones médicas, por una parte y la descripción de la sintomatología de los usuarios, por otra. Sin embargo, según los reportes de funcionarios que estuvieron en esa época, esto fue insuficiente porque la mujer haitiana (la que más consulta de esta población) no sentía confianza con la presencia de un hombre en un box de atención. Por tanto, se abordó la temática del idioma, mas no de la cultura.

Finalmente esta estrategia fracasó, pasando los funcionarios migrantes a cumplir funciones administrativas y luego fueron desvinculados del sistema porque no se cumplió con el objetivo de su presencia allí.

Es hasta el año 2015 cuando el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Alcalde de la Municipalidad de Quilicura, firman un convenio de transferencia de recursos para abordar las brechas de la atención en salud desde una mirada intercultural, específicamente con población migrante. El convenio se denominaba Acceso a la Salud para Población Inmigrante. Con este convenio se transfirieron recursos financieros que permitieron abordar nuevamente la discusión respecto de cómo abordar el problema con la población haitiana. Un cambio en la estrategia del Dpto. de Salud fue vincularse con la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados, quienes ya llevaban un trabajo de 5 años con población haitiana y podían proveer de herramientas conceptuales y prácticas para abordar de mejor manera la brecha antes descrita.

De estas conversaciones surgió la propuesta de aprovechar los recursos para llevar a cabo cuatro grandes acciones, la instalación de Facilitadoras Interculturales en los CESFAM, un curso de Creole que abordara las barreras idiomáticas, la Difusión de Ley de derechos y deberes en salud y por otra parte Realización de Diagnóstico comunal mediante Focus Group.

Facilitadoras Interculturales

La instalación en los Centros de Salud Familiar de la comuna, (Manuel Bustos Huerta, Irene Frei de Cid y Presidente Salvador Allende) de 3 mujeres haitianas, con manejo fluido de español, y que tuviesen cercanía con el mundo de la salud. Se entrevistaron algunas mujeres que se acercaban a ese perfil y se conformó el equipo de facilitadoras interculturales en salud de la comuna de Quilicura. Inicialmente su tarea era servir como traductoras de la relación médico- paciente haitiano y generar un catastro de atenciones de población haitiana en los centros de salud.

Los reportes recopilados en entrevistas realizadas a funcionarios de los centros de salud, revelan que pusieron esperanzas en este nuevo intento de superar la brecha idiomática, pero con el temor del fracaso por la experiencia anterior. Luego de los primeros intentos los funcionarios comenzaron a percibir un cambio en la forma en cómo se trabajaba la temática, las facilitadoras comenzaron a ser cada vez más solicitadas sobretodo en el programa de la mujer y del niño, trabajando fuertemente con matronas y enfermeras, y por características personales de las facilitadoras, comenzaron a gestionar otro tipo de acciones tales como incorporarse al equipo de salud que visita domicilios, traducción de material educativo etc. siendo en la actualidad funcionarias ampliamente reconocidas y necesarias. En el mes de diciembre del 2015, emergió un indicador de la relevancia de esta estrategia implementada, puesto que cuando concluían los contratos de las facilitadoras, el encargado local del convenio fue presionado para evitar que en enero de 2016 estas funcionarias se retiraran del servicio. Esta presión surtió efecto, puesto que la alcaldía, consiente del impacto de esta estrategia y por tanto del impacto negativo de retirarla, decidió, con presupuesto municipal, mantener los contratos de estas funcionarias para no debilitar la respuesta eficiente que estas funcionarias ofrecían con la población haitiana.

Por tanto esta estrategia ha sido eficiente, y el concepto de facilitadora intercultural ha ido teniendo cada vez más sentido, no son solo traductoras o intérpretes de su idioma, sino que también han sido funcionarias útiles para comprender los códigos comportamentales de la cultura haitiana, tales como las prácticas de crianza, de alimentación etc. Que son necesarios comprender antes de juzgar por parte del sistema de salud.

482

Curso de Creole

Como se señaló anteriormente, muchos funcionarios han percibido que la barrera idiomática es una dificultad en el trabajo con población haitiana y se han planteado la posibilidad de saltar esa barrera ellos mismos. Inicialmente se creía que aprendiendo francés esto podría resolverse, se hicieron gestiones para adquirir el servicio de capacitación en francés que nunca resultaron, enhorabuena, lo mejor no era aprender francés, sino que creole, idioma oficial de Haití. Con llegada del convenio con el MINSAL se decidió abordar este requerimiento. Se contactó a facilitador lingüístico de origen haitiano, con vasta experiencia en enseñanza del idioma a hispanoparlantes puesto que vivió 12 años en República Dominicana, y con un español fluido. Se abrieron las inscripciones (40 cupos) para todos los funcionarios que tuviesen disponibilidad, sin embargo el profesor señaló que metodológicamente un curso de idioma como este era imposible aprenderlo en poco tiempo y se diseñó un curso de 96 horas distribuidas en 4 horas semanales por 6 meses. Un gran desafío, siendo tal vez el curso de mayor cantidad de horas y tiempo que funcionarios de salud de la comuna han estado sometidos, el desafío era grande, ¿cuántos cumplirían el proceso? ¿Qué aprendizajes se lograrían en 6 meses?... el horario era vespertino, casi nocturno, por tanto muchos inconvenientes, pero al final llegaron 20 funcionarios a la meta, incorporando conversaciones básicas en creole, incluso aprendiendo a cantar en creole. Frente a la pregunta les ha servido? Los reportes verbales nos indican que han hecho intentos por comunicarse, que han logrado expresarse en creole, incluso algunos reportan haber prescindido de la facilitadora, pero por otro lado otros reportan que les falta fluidez. Debido a esto se ha decidido instalar nuevamente un curso de nivel intermedio para estos funcionarios para que signan practicando y sean ellos mismos quienes tengan las herramientas para enfrentar esta barrera cultural... por tanto, es posible decir que la estrategia ha sido positiva, pero sigue en desarrollo

Difusión de Ley de derechos y deberes en salud

En nuestra legislación en octubre del 2014 apareció la ley de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, esta misma normativa y que requiere, para todas personas que usan servicios de salud en el país también, debía llegar como información a la población migrante no hispanoparlante

Esta actividad ha sido un poco más lenta, lo que implica el proceso traducción, el diseño, el proceso de adquisición del servicio de imprenta etc. Acción de ya ha ido avanzando tal como realizar breves campañas de difusión en actos masivos.

Realización de Diagnóstico

Esta actividad buscaba conocer la percepción que los propios migrantes tienen de su salud, fue diseñada e implementada en conjunto entre la Dirección de Salud y la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados.

Para ello se diseñó la realización de 4 focus group con la variable idiomática y género como elementos homogeneizadores en los grupos, así se generaron 2 grupos de personas haitianas, uno de mujeres y otro de hombres y 2 grupos de personas hispanoparlantes uno de mujeres y otro de hombres.

La pauta de entrevista se diseñó pensando que conversaran respecto de su concepción de salud, calidad en salud, autocuidado relación con el cuerpo, enfermedades, salud mental. apareciendo algunas conclusiones importantes, entre ellos 1) que ha adquirido enfermedades que no son tan prevalentes en su países como lo son las cardiovasculares y la diabetes, sus resfriados perciben que son más difíciles de tratar, entre otros 2) la percepción de la salud se diferencia entre hombres y mujeres siendo los primeros menos conectados con su cuerpo para definir cuando están sanos y las mujeres más conectadas con su cuerpo 3) sus prácticas de autocuidado también han cambiado viviéndose menos saludables en la alimentación y la actividad física, en resumen se han ido adaptando a nuestras costumbres en términos de salud y eso les ha afectado.

En resumen, la población haitiana se ha visto afectada por los cambios que sus vidas han tenido con la migración, estando más propenso a enfermar, siendo este una necesidad a descubrir, a investigar, conocer en profundidad su salud mental, sus prácticas de salud en general, y proponer estrategias específicas para ellos para que su salud no se vea deteriorada por llegar a este país con costumbres poco saludables.

Por otro lado, la institucionalidad en salud ha ido usando, como oportunidad, los recursos derivados desde el gobierno central para ir resolviendo las dificultades que la población migrante (principalmente haitiana) genera en su funcionamiento, provocando un movimiento ascendente respecto de cumplir con su labor, que es permitir el acceso de los migrantes a las mismas oportunidades de salud que el resto de la población.

4. Recomendaciones para la salud y el bienestar de los inmigrantes en la comuna

Conclusión	Necesidad identificada para población migrante	Recomendación para Chile
Dimensión: Sistema de Salud	Brecha idiomática	Esfuerzos conjuntos: extranjeros aprendiendo español y funcionarios aprendiendo sus idiomas y costumbre
Dimensión: Comunidad	Mejorar la convivencia	Potenciar sensibilización y espacios de encuentro multicultural permanente y no solo esporádicos.
Dimensión: investigación	Información específica de Salud mental en población migrante	Generar investigación cuantitativa

483

5. Referencias

1. Ilustre Municipalidad de Quilicura. Propuesta Plan de Desarrollo Comunal Quilicura 2010- 2014. Disponible en www.quilicura.cl/index.php/documentos/.../404-pladeco-2010-2014.html
2. Thayer LE, Correa S, Novoa T. Plan de acogida y reconocimiento de migrantes y refugiados en la comuna de Quilicura. Municipalidad de Quilicura, Universidad de Los Lagos, ACNUR, IOM, Fundación San Carlos de Maipo. Disponible en http://santiago.ulagos.cl/doc/Plan_de_acogida_y_reconocimiento_de_Quilicura.pdf

6. Acerca de los autores

Yamile Cabrera Cuevas

Religiosa de la orden Terciarias Capuchinas, Orientadora Familiar con mención en Juventud, Diplomada en Derechos Humanos para la protección de Migrantes y Refugiados, fue Jefa de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados de la comuna de Quilicura, cuyo trabajo ha sido reconocido tanto a nivel nacional como internacional, actualmente es Jefa del Dpto. de Innovación y Participación de la Ciudadanía de la Municipalidad de Quilicura.

Email: y.cabrera@quilicura.cl

Gonzalo Blanco Nuñez, MSc

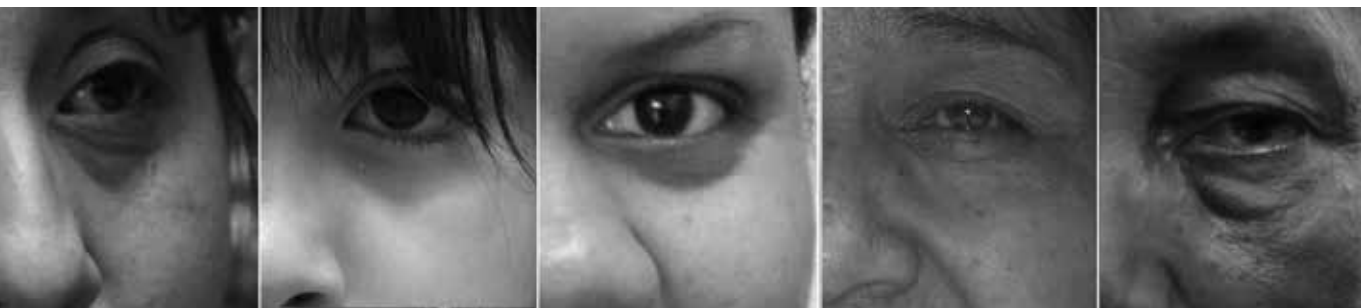
Psicólogo por la Universidad de Santiago. Magister en Psicología Social por la Universidad Arcis y actual encargado de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados de Quilicura.

Débora Ramos Barrios, BSc

Trabajadora Social Universidad Andrés Bello, Encargada Área Salud de la Oficina Municipal de Migrantes y Refugiados de Quilicura.

Sección IV

Discusión y Recomendaciones





Capítulo 23

Discusión y conclusiones



Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, Encargada Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

Margarita Bernales, PhD

Docente Investigadora, Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- Existe hoy en Chile la necesidad de definir cómo abordar la salud de la población migrante internacional.
- Este libro da cuenta de la multiplicidad de enfoques necesarios para abordar de manera integral la salud de la población migrante internacional en Chile.
- Cada autor tuvo la posibilidad de contribuir con su mirada particular, a la luz de su propia evidencia y experiencia, acerca del abordaje de la problemática migratoria y su relación con salud en la práctica en nuestro país.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Este capítulo da cuenta de los aportes particulares de este libro a las definiciones de conceptos ancla y su potencial para el diseño, implementación y evaluación de programas y políticas que cumplan con una mirada de derechos humanos, equidad, determinación social de la salud, competencia cultural, diversidad, inclusión y participación.
- Este capítulo sintetiza el aporte original de este libro acerca de la múltiple y extensa evidencia científica, tanto cuantitativa como cualitativa, de la compleja relación entre migración internacional y salud.
- Además, se presenta una discusión original del aporte de este libro desde la perspectiva de las principales cuatro teorías sociales de la migración internacional y su aporte a la salud pública.
- Se desarrolla una discusión detallada sobre un enfoque de política pública en temática migratoria y de salud pública con enfoque de "salud en todas las políticas", con especial atención al urgente trabajo intersectorial en esta materia.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Chile hoy, por su política migratoria vigente y su aproximación social general al proceso migratorio, pierde la oportunidad de construir una sociedad de futuro, inclusiva, respetuosa y multicultural. En términos prácticos, nuestro país está desaprovechando talento, creatividad y fuerza de trabajo humano al no generar políticas integrales e inclusivas de migrantes internacionales.
- Este libro entrega evidencia crítica y lo más actualizada posible acerca de las condiciones de vida y salud de migrantes internacionales en Chile, que sin duda se pueden mejorar si se trabaja de manera democrática y con enfoque de derechos humanos, equidad, determinación social de la salud, competencia cultural, diversidad, inclusión y participación.
- Es urgente actualizar la política migratoria nacional. Es necesario discutir en Chile la creación de un servicio nacional para migrantes que sea vinculante entre sectores y tenga institucionalidad suficiente para abogar por el bienestar de toda persona residente en Chile, protegiendo y acompañando en particular a migrantes internacionales que buscan crecer y ser útiles a la sociedad en forma legítima.
- Es urgente trabajar en forma intersectorial. Un fenómeno tan complejo como la migración internacional requiere de medidas informadas en la evidencia científica, pertinentes culturalmente, respetuosas de la diversidad y "hechas a medida" para cada contexto territorial particular.
- Es urgente diseñar y mejorar sistemas actuales de registro y monitoreo de población migrante en Chile.

d) **Palabras clave:** migración internacional, salud en todas las políticas, políticas públicas, determinación social de la salud, trabajo intersectorial.

2. Remirando conceptos esenciales a la luz de este libro

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

A la luz de la evidencia presentada en este libro, es posible priorizar algunos enfoques o perspectivas para abordar la salud de migrantes internacionales en Chile por encima de otros. En particular, tres ideas son centrales para esta decisión: (i) la amplia diversidad socio-demográfica que caracteriza a la población migrante, a excepción de la pertenencia étnica que es relativamente baja en todos los grupos de migrantes; (ii) la centralidad de la experiencia migratoria y condiciones de vida en Chile como determinantes de la salud de esta población; y (iii) la vulneración de derechos humanos en algunos grupos de migrantes internacionales, incluyendo el derecho a protección social en salud.

Con lo anterior en mente, y desde un marco general de globalización, el recorrido teórico y empírico de este libro da cuenta de la multiplicidad de enfoques necesarios para abordar de manera integral la salud de la población migrante internacional en Chile. Los conceptos esenciales de este libro han sido definidos en el primer capítulo, y se desarrollan en coherencia con este argumento a lo largo de los demás capítulos. Cada autor a su vez, tuvo la posibilidad de contribuir con su mirada particular, a la luz de su propia evidencia y experiencia, acerca de estos conceptos y su abordaje en la práctica en nuestro país. En los párrafos siguientes daremos cuenta de los aportes particulares de este libro a las definiciones de conceptos ancla y su potencial para el diseño, implementación y evaluación de programas y políticas que cumplan con una mirada de derechos humanos, equidad, determinación social de la salud, competencia cultural, diversidad, inclusión y participación. Aspectos específicos de los aportes de los autores de este libro a cada uno de estos conceptos se presentan en la Tabla 1.

Respecto del concepto de **derechos humanos**, la literatura plasma la centralidad de este concepto para cualquier desarrollo humano y social. Desde su perspectiva normativa y ética, el derecho a la salud es una dimensión necesaria y fundamental en cualquier nación. En concordancia con estos elementos, los autores del capítulo hacen referencia al concepto de derechos humanos en varios niveles: (i) un nivel amplio “universal” que le corresponde a todo individuo como a practicar una religión o fe, a la libre expresión, etc.; (ii) un nivel específico referido a derechos en salud en particular, en general desde un enfoque de protección social de la salud; (iii) un nivel focalizado de derechos en salud para población migrante, de tal manera de garantizar acceso igualitario al sistema de salud respecto de la población local. Ciertamente, el primer nivel amplio integra a los otros dos, pero son énfasis claros de inquietud e interés de quienes trabajan hoy en esta temática en Chile. Dos aspectos concretos de atención en derechos humanos en poblaciones migrantes en Chile en este libro se refieren a:

- Desconocimiento de derechos humanos generales y en salud por parte de migrantes internacionales. En salud se reconoce que el problema de desconocimiento ha ido en mejora en los últimos años, y cada vez más migrantes conocen sus derechos generales y en salud.
- Se discute, en diversas oportunidades del libro, la necesidad de un nuevo enfoque y práctica que posibilite un cambio de paradigma en materia de política migratoria, buscando regularizar y proveer de derechos a los inmigrantes que llegan a Chile con un proyecto de vida legítimo y que son un aporte para el país.

Con relación al concepto de **determinación social de la salud**, este ha sido desarrollado y profundizado en términos teóricos y empíricos a lo largo de ya varias décadas a nivel mundial. Pese a su interés y trabajo investigativo en casi todo el mundo, no siempre ha logrado implementarse de manera efectiva y concreta en los sistemas de salud. Todavía existe el desafío en esta temática de reducir la brecha entre lo que se aspira conceptualmente y lo que finalmente se logra instalar a nivel de autoridad central y local. Vinculando esto al tema migratorio, ciertamente se reconoce en este libro la centralidad de la determinación social en la salud de las personas y comunidades migrantes internacionales en Chile. Se destacan como aportes específicos de este libro la evidencia en torno a condiciones de vida de familias migrantes en el territorio nacional en general y en comunas seleccionadas, condiciones de trabajo y educación, y condiciones de acceso y uso efectivos de servicios de salud. En cuanto al concepto de determinación social de la salud, son aportes interesantes para pueblos migrantes:

- Las políticas, programas y servicios que se generen en cualquier sector de Chile, incluyendo salud, trabajo, vivienda, educación, transporte, entre otros; deben de abordarse desde los determinantes sociales, adecuando toda acción a las necesidades específicas y variables socioculturales y de comportamiento del grupo de población. Se destaca en este libro la importancia de la cohesión social y capital social como oportunidad de construcción de programas y prácticas positivas e inclusivas en personas migrantes, que integra otros aspectos como la inclusión, la participación y el respeto a la diversidad de identidades culturales.
- La migración debe ser considerada y analizada como un determinante de los determinantes sociales de la salud. En este sentido, la migración por sí misma no es un riesgo para la salud, sino son las condiciones sociales adversas encontradas durante el ciclo

migratorio las que aumentan riesgo y vulnerabilidad. Estas condiciones sociales deben ser monitorizadas y registradas en forma regular en Chile, de tal manera de prevenir y proteger las condiciones de vida de migrantes y sus consecuencias en salud en personas migrantes.

En cuanto al concepto de **identidad y diversidad cultural**, su elemento crítico está dado por la construcción de *cultura*. Tal y como se señala en varios capítulos de este libro, la cultura hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, las creencias, los valores, las costumbres y los estilos de vida y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones. Esos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura y es un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica global. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en la salud y en la enfermedad.

Desde la ideación de cultura se construyen los conceptos de identidad cultural y diversidad cultural. Referido al tema migratorio, es la *globalización* -como proceso económico, tecnológico, social y cultural que facilita la comunicación y los mercados entre países- la que favorece la movilidad humana y trae transformaciones profundas hacia sociedades más transculturales y multiétnicas. Reflexiones conceptuales adicionales sobre identidad y diversidad cultural en torno a poblaciones migrantes que se entregan en este libro son:

- Se requiere con urgencia la capacidad de comprender las diversas prácticas y visiones del mundo, pues es la única manera de reforzar la cooperación y la participación, permitir a las personas desarrollarse y transformarse, además de promover la tolerancia y el respeto por los demás. Solo de esta manera se puede lograr inclusión social como necesario reconocimiento intercultural, que fomenta la igualdad y la dignidad humana.
- La creciente heterogeneidad (diversidad) de la población migrante en términos de nacionalidad y en otras características como niveles de educación y género, hace que las respuestas locales a la migración no puedan ser homogéneas. Los gobiernos locales están cada vez más enfrentados a tener que dar respuesta a población diversa.
- Los inmigrantes quieren mantener relación con su propia cultura y al mismo tiempo quieren vincularse con la cultura de la sociedad de destino. Si los miembros de la sociedad de acogida tienen una actitud positiva hacia los inmigrantes y las políticas públicas establecen espacios de inserción con respeto a la cultura de origen, entonces se está fomentando la integración de los inmigrantes en el modelo de sociedad multicultural al cual aspiramos como sociedad.

En torno al concepto de **competencia cultural en salud**, la definición más frecuente se orienta hacia el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales. Si bien el ámbito clínico clásico de acción de la competencia cultural es fundamental (en el encuentro entre trabajador de salud y usuario), también se reconocen en este libro otros niveles de acción más amplios, como lo son en el trabajo comunitario, intersectorial, de política pública, y de investigación, por mencionar algunos. La competencia cultural no solo debe supeditarse a habilidades exigibles en trabajadores de salud en atención directa a usuarios, sino también en la pertinencia cultural en la que se redactan leyes, ejes programáticos, intervenciones de cualquier tipo, e incluso en la forma de abogar, defender y poner en la agenda pública la temática migratoria y sus efectos en salud poblacional en Chile. Concepciones adicionales y profundizaciones que se presentan en este libro respecto de la competencia cultural en salud son los siguientes:

- Se reconoce la importancia del rol que asumen los profesionales al momento de atender a una persona migrante. En este sentido, se concibe como elemento esencial el buen trato, entendiendo éste no sólo como la ausencia de malos-tratos, sino como un modo de relación caracterizada por el reconocimiento del otro y la empatía, lo que genera satisfacción y bienestar.
- El factor que determina la adherencia de las personas migrantes hacia los servicios de salud es la pertinencia cultural de las intervenciones. En el ámbito de la salud, observamos que muchas veces los profesionales desconocen las cosmovisiones y prácticas propias en torno a la salud de las personas migrantes, lo que se traduce en intervenciones homogéneas que carecen de sentido para quién recibe el servicio.
- La competencia cultural también tiene injerencia en la convivencia entre migrantes y no migrantes en el espacio público o social, incluyendo el espacio público de salud. Esta convivencia entre grupos puede ocasionar el despliegue de juicios y prejuicios que actúan como como barreras, limitando la integración de migrantes internacionales -y otros grupos excluidos- en los espacios locales públicos y de salud.

En coherencia con el punto anterior, es importante reflexionar en torno a los aportes en la concepción de la **inclusión social** en la temática migratoria internacional. Este es uno de los conceptos más desarrollados en este libro y en su definición más tradicional significa integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento. En esta misma línea, a lo largo de los capítulos se reconoce lo fundamental de la inclusión social en la protección de la salud de la población migrante internacional en Chile. En primer lugar se hace alusión a un enfoque de inclusión social como un elemento esencial del bien-estar de cualquier persona

y comunidad, más que desde la búsqueda de patologías o problemáticas puntuales que solo limitan y excluyen. En segundo lugar, este concepto se vincula con otros relevantes como el de exclusión social, el de cohesión social y el de participación social. La inclusión social emerge como un aspecto trazador, necesario y urgente para la salud y bienestar de población migrante en Chile y aporta desde al menos los siguientes ángulos de análisis:

- La inclusión social es necesaria para el desarrollo humano sostenible. Es reconocido que la migración es un componente fundamental para el crecimiento sostenible del desarrollo local, nacional, regional y global, tanto para los individuos como para toda la sociedad. Mediante el aumento de fuerza laboral, mayor consumo y dinamización de los mercados, intercambio de conocimientos y enriquecimiento cultural entre muchos otros beneficios, el proceso migratorio brinda grandes aportes y desarrollo a los países de origen, tránsito y destino, influyendo positivamente en aspectos económicos, sociales y culturales.
- El proceso migratorio conlleva potenciales exclusiones sociales tanto en el país que se deja como en país al cual se llega. La exclusión social se define como aquellos procesos dinámicos y reversibles de negación del otro. El migrante al dejar su país pierde lazos afectivos familiares y comunitarios, generando posteriormente mayores dificultades de reintegración y consecuencias mayores en la salud familiar de quienes quedan atrás en el país de origen, en especial si son niños. Durante la ausencia se genera un cambio de roles familiares que en ocasiones es difícil de ajustar, lo que puede generar dificultades para reintegrarse nuevamente en la vida familiar y comunitaria.
- La cohesión social es la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan, enfatizando en los principales ejes que orientan la cohesión social: inclusión y pertenencia. En la medida que los inmigrantes se sientan parte de la sociedad chilena estaremos progresando en la cohesión social, y construyendo una sociedad solidaria que logra constituirse bajo la percepción de un “nosotros”, donde todos son parte.

Por último, se consideró como concepto esencial de este libro la **participación social**. Fuertemente relacionado a conceptos anteriores, la participación social es hoy tanto un elemento discursivo básico a nivel político-estratégico, como una aspiración y tarea pendiente en algunas áreas. La perspectiva desde donde se entienda y defina la participación social puede tener un profundo impacto en su implementación práctica, y en nuestro país se ha operacionalizado de maneras diversas (inclusión de líderes comunitarios, exposición de documentos estratégicos en la Web para feedback de la sociedad civil, mesas de trabajo intersectoriales, colaboraciones municipales y universitarias, entre otras). En nuestro país, El Estado reconoce a las personas el derecho de participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional y establece como deber de las instituciones del Estado, establecer los espacios de participación necesarios para el ejercicio de este derecho. En salud, la última Reforma de Salud de Chile intenta abordar estos pilares de protección social y se fundamenta en cinco conceptos esenciales: (i) derecho a la salud, (ii) equidad en salud, (iii) solidaridad en salud, (iv) eficiencia en uso de recursos, (v) participación social en salud. En este libro, los autores subrayan como dimensiones importantes de la participación social en salud en temática migratoria:

- La participación social que se debe buscar para la población migrante dice relación con su integración en los subsistemas sociales, es decir, con acceso a trabajo, sector financiero, salud, vivienda, sistema de derecho y sistema político administrativo, entre otros subsistemas sociales y con la integración en el mundo de la vida de la sociedad de acogida mediante el conocimiento cultural y las relaciones sociales que se establezcan.
- La participación social en salud es un componente necesario del enfoque de determinantes sociales en salud. El abordaje desde los determinantes de la salud facilita una mayor inclusión de la población mediante su participación activa en los procesos y acciones, mejorando los espacios de interacción con los proveedores de servicios y comunidades vinculadas en todo el proceso migratorio.

Todos estos conceptos, en nuestra opinión, son mínimos y necesarios para un debate integrador y amplio sobre cómo abordar la problemática de salud de migrantes internacionales en Chile. Esfuerzos importantes de entidades de gobierno, organizaciones internacionales, sector académico y civil no gubernamental, se reúnen en torno a este libro y componen con profundidad miradas integrativas de la migración como un determinante social de la salud de un país. Creemos que este esfuerzo no solo es útil y significativo para la actualidad nacional, sino que además es en sí mismo un nuevo punto de partida para remirar, repensar y reposicionar este tema como prioritario en la agenda pública de Chile. La migración internacional, tal y como lo demuestra la evidencia internacional, viene para quedarse y continuará siendo un desafío para la inclusión, el respeto y la equidad en Chile.

Tabla 1

Comparación de definiciones de conceptos esenciales de este libro: la literatura y la visión de los autores

Concepto esencial	Definición clásica	Miradas conceptuales adicionales de los autores
Derechos humanos	<p>Definición multidimensional de Derechos humanos Del Toro Huerta (1): “Tres formas de comprender los derechos humanos: como i) un referente normativo compuesto de normas o leyes que a través de tratados, pactos, convenciones y las constituciones de cada país reconocen los derechos humanos; ii) un referente ético, que se compone de las disposiciones que orientan las relaciones y la convivencia entre las personas desde un marco de valoración y respeto al otro/a, y iii) como un referente utópico, que nos permite tomar consciencia de los desarrollos que ha habido en materia de derechos humanos y de los desafíos pendientes, que nos llevan a establecer un ideal común y a organizarnos políticamente junto a otros/as para avanzar en la amplitud y profundidad de los derechos.”</p> <p>Definición de Derechos en Salud de OMS (2):</p> <p>OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.</p> <p>El derecho a la salud abarca libertades y derechos.</p> <p>Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).</p> <p>Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.</p>	<p>En algunos casos, hay desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, maximizando el miedo a las autoridades, patronos y sociedad en general, y permitiendo así explotación y discriminación.</p> <p>El Departamento de Extranjería y Migración (DEM) ha implementado en estos últimos años un nuevo enfoque y práctica que posibilita un cambio de paradigma en materia de política migratoria, buscando regularizar y proveer de derechos a los inmigrantes que llegan a Chile con un proyecto de vida legítimo y que son un aporte para el país.</p> <p>Una política migratoria en Chile debe trascender en el tiempo y otorgar una respuesta contundente en el respeto a los derechos humanos de las personas migrantes. La consideración del acceso a la salud es un derecho que paulatinamente se ha implementado de acuerdo a las necesidades en el país.</p> <p>Existen organismos en Chile promueven la regularización migratoria y el ejercicio de derechos sociales como principales factores de inclusión social, buscando alternativas para que aquellas personas que se encuentran en situación migratoria irregular puedan obtener el permiso de residencia en el país.</p> <p>A los migrantes se les debe reconocer como personas con derechos civiles en cuanto a que tienen libertad individual, compuesta por la libertad personal, de expresión, pensamiento y religión, derecho a la propiedad y a cerrar contratos válidos, entre otros.</p> <p>El derecho a la salud es una de las principales preocupaciones de las personas migrantes, quienes demandan orientación e información respecto al funcionamiento y acceso al sistema de salud chileno. No obstante, existe un discurso claro de las autoridades respecto al derecho a la salud de las personas migrantes, en igual condición que la población local, lo que muestra disposición y compromiso político en torno al tema.</p> <p>Desde un enfoque de derecho, la protección social en salud aparece también como una de las 8 Áreas de Acción definidas en la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017. La protección social se especifica a través de tres dimensiones principales: (i) la de la cobertura horizontal, (ii) la de la cobertura vertical, (iii) la de la protección financiera. La protección social en salud también debe garantizarse para población extranjera en país de residencia, en especial si experimentan alguna vulnerabilidad.</p>

<p>Determinantes sociales de la salud</p>	<p>Son determinantes sociales de la salud todas aquellas condiciones sociales en las cuales las personas, familias y comunidades viven y trabajan y que afectan su salud (3) T-.</p> <p>El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud fue creado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) (4) y reúne los siguientes objetivos: (i) aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en la salud; (ii) establecer las formas en que diferentes factores determinantes se relacionan; (iii) establecer un marco para evaluar la importancia de cada una de ellas; y (iv) generar un mapa identificando claramente los lugares y niveles de acción e intervención en una población. El modelo de DSS destaca la distribución desigual de la salud, el bienestar y la vulnerabilidad en las poblaciones.</p> <p>Dos conceptos relevantes asociados son: desigualdad social en salud e inequidad social en salud.</p> <p>Desigualdad social en salud se define como diferencias sistemáticas y estructurales entre y dentro de grupos sociales que cuentan con algún grado de jerarquía o estructura social vertical. Inequidad social en salud se define como desigualdades sociales que se consideran injustas, prevenibles y modificables.</p>	<p>Las políticas, programas y servicios que se generen, deben de abordarse desde los determinantes sociales de la salud, adecuando toda acción a las necesidades específicas y variables socioculturales y de comportamiento del grupo de población.</p> <p>La migración debe ser considerada y analizada como un determinante de los determinantes sociales de la salud. En este sentido, la migración por sí misma no es un riesgo para la salud, sino son las condiciones sociales adversas encontradas durante el ciclo migratorio las que aumentan riesgo y vulnerabilidad.</p> <p>Se ha propuesto promover el acceso equitativo a la promoción y los cuidados de salud para los migrantes y a promover la cooperación bilateral y multilateral sobre la salud de los migrantes entre países involucrados en el proceso migratorio.</p> <p>Convivir en una sociedad poco cohesionada fomenta la generación de conflictos y fricciones dentro de los ciudadanos, refuerza la inequidad y disminuye la aceptación a la diversidad.</p> <p>Se ha reconocido que la condición migratoria puede ser un valioso indicador de vulnerabilidad social o de desigualdad social en salud al interior de un país y que variables migratorias específicas, posibles de modificar o prevenir, pueden ser determinantes en este proceso.</p>
---	---	--

La **cultura** hace referencia a la totalidad de patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, las creencias, los valores, las costumbres y los estilos de vida y todos los otros productos del trabajo humano y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión de mundo y sus decisiones. Esos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primariamente aprendidos y transmitidos en la familia, enseñados por los demás miembros de la cultura y es un fenómeno emergente que cambia en respuesta a la dinámica global. La cultura es altamente inconsciente y tiene poderosa influencia en la salud y en la enfermedad (5).

Identidad cultural es un conjunto de valores, orgullos, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante. La identidad cultural es el sentido de pertenencia a un determinado grupo social y es un criterio para diferenciarse de otros.

Diversidad cultural es entendida como la variedad de diferentes culturas dentro de un grupo de personas o una sociedad. Este tipo de diversidad se refleja, por ejemplo, en la existencia de diversos grupos étnicos en una determinada área.

Sobre la **interculturalidad en salud**, Ibacache (6) sostiene que es la capacidad de actuar en equilibrio entre el conocimiento, las creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad. La enfermedad es una experiencia particular de cada cultura. Por tanto, lo que se percibe como salud enfermedad está determinado por cada cultura específica.

La **globalización**, como proceso económico, tecnológico, social y cultural, donde se facilita la comunicación y los mercados entre países, también favorece la movilidad humana y trae transformaciones profundas hacia sociedades más transculturales y multiétnicas.

Chile ha estado marcado por **encuentros y desencuentros de diferentes culturas**. Hoy es posible observarlo como parte de nuestra historia e idiosincrasia, no sin encontrar constantes controversias, sobre todo con los pueblos originarios y población creciente de migrantes.

Para lograr inclusión social es necesario un **reconocimiento intercultural**, que fomente la igualdad y la dignidad humana. Para ello se requiere la capacidad de comprender las diversas prácticas y visiones del mundo, pues es la única manera de reforzar la cooperación y la participación, permitir a las personas desarrollarse y transformarse, además de promover la tolerancia y el respeto por los demás.

La creciente **heterogeneidad de la población migrante** en términos de nacionalidad y en otras características como niveles de educación y género, hace que las respuestas locales a la migración no puedan ser homogéneas. Los gobiernos locales están cada vez más enfrentados a tener que dar respuesta a población diversa.

Los inmigrantes quieren mantener relación con su propia cultura y al mismo tiempo quieren vincularse con la cultura de la sociedad de destino. De esta manera, se obtienen cuatro formas de aculturación: **integración, asimilación, separación o marginación**.

Si los miembros de la sociedad de acogida tienen una actitud positiva hacia los inmigrantes y las políticas públicas establecen espacios de inserción con respeto a la cultura de origen, se está fomentando la integración de los inmigrantes en un **modelo de sociedad multicultural**.

<p>Competencia cultural en salud</p>	<p>La competencia cultural en salud está definida como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales (7).</p> <p>El Panel de Expertos en Competencia Cultural de la Asociación Americana de Enfermería (7) generó en consenso una definición de competencia cultural: “es tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer”.</p>	<p>Se reconoce la importancia del rol que asumen los profesionales al momento de atender a una persona migrante. En este sentido, se concibe como elemento esencial el buen trato, entendiéndose éste no sólo como la ausencia de <i>malos-tratos</i>, sino como un modo de relación caracterizada por el reconocimiento del otro y la empatía, lo que genera satisfacción y bienestar.</p> <p>El factor que determina la adherencia de las personas migrantes hacia los servicios de salud es la pertinencia cultural de las intervenciones. En el ámbito de la salud, observamos que muchas veces los profesionales desconocen las cosmovisiones y prácticas propias en torno a la salud de las personas migrantes, lo que se traduce en intervenciones homogéneas -con tintes de asimilación- que carecen de sentido para quien recibe el servicio.</p> <p>La convivencia entre migrantes y no migrantes en el espacio público de salud genera en los equipos de salud un espacio o campo de interacciones se han develado complejas. Esta convivencia entre grupos fricciona la experiencia e introduce el despliegue de juicios y prejuicios que actúan como barreras, complejizando aún más el ya complejo y dinámico fenómeno de las migraciones internacionales en los espacios locales de salud.</p>
--------------------------------------	--	--

<p>Inclusión</p>	<p>La inclusión social significa integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento.</p>	<p>La inclusión social es necesaria para el desarrollo humano sostenible. Es reconocido que la migración es un componente fundamental para el crecimiento sostenible del desarrollo local, nacional, regional y global, tanto para los individuos como para toda la sociedad. Mediante el aumento de fuerza laboral, mayor consumo y dinamización de los mercados, intercambio de conocimientos y enriquecimiento cultural entre muchos otros beneficios, el proceso migratorio brinda grandes aportes y desarrollo a los países de origen, tránsito y destino, influyendo positivamente en aspectos económicos, sociales y culturales.</p> <p>Resulta de gran beneficio el facilitar condiciones de mayor inclusión que generen el acceso de las poblaciones migrantes a servicios de salud y apoyo social de calidad. Contar con población migrante saludable genera mayor productividad e ingresos para los países receptores, garantiza los beneficios de la migración y evita una mayor carga a los sistemas de salud, atendiendo desde la prevención y la atención temprana.</p> <p>La integración social es un proceso complejo, donde la migración se trata de un proceso cargado de aspectos psicológicos y psicosomáticos que permanecen poco comprendidos, y aún peor afrontados, por los países receptores. También, en general, se conoce poco y se tienden a desconocer los factores determinantes y efectos psicosociales en los familiares del migrante que permanecen en la comunidad de origen, así como del migrante que retorna.</p> <p>Asimismo, el migrante al dejar su país pierde lazos afectivos familiares y comunitarios, generando posteriormente mayores dificultades de reintegración y consecuencias mayores en la salud de quien migra y su familia. Durante la ausencia se genera un cambio de roles familiares que en ocasiones es difícil de ajustar, lo que puede generar condiciones de violencia familiar y grandes dificultades para reintegrarse nuevamente en la vida familiar y comunitaria.</p> <p>El Consejo Económico para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), define la cohesión social como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan, enfatizando en los principales ejes que orientan la cohesión social: inclusión y pertenencia. En la medida que los inmigrantes se sientan parte de la sociedad chilena estaremos progresando en la cohesión social, y construyendo una sociedad solidaria que logra constituirse bajo la percepción de un “nosotros”, donde todos son parte.</p> <p>La exclusión social se define como aquellos procesos dinámicos y reversibles de negación del otro, como un otro no válido, que propician su aislamiento, su rechazo, su no participación y su declinación bajo los niveles de subsistencia socialmente aceptables.</p>
------------------	--	--

Participación	El Estado chileno reconoce a las personas el derecho de participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional y establece como deber de las instituciones del Estado, establecer los espacios de participación necesarios para el ejercicio de este derecho.	<p>El abordaje desde los determinantes de la salud, facilita también una mayor inclusión de la población mediante su participación activa en los procesos y acciones, mejorando los espacios de interacción con los proveedores de servicios y comunidades vinculadas en todo el proceso migratorio.</p> <p>La participación social que se debe buscar para la población migrante dice relación con su integración en los subsistemas sociales, es decir, con acceso a trabajo, sector financiero, salud, vivienda, sistema de derecho y sistema político administrativo, entre otros subsistemas sociales y con la integración en el mundo de la vida de la sociedad de acogida mediante el conocimiento cultural y las relaciones sociales que se establezcan.</p> <p>La última Reforma de Salud de Chile intenta abordar estos pilares de protección social y se fundamenta en cinco conceptos esenciales: (i) derecho a la salud, (ii) equidad en salud, (iii) solidaridad en salud, (iv) eficiencia en uso de recursos, (v) participación social en salud.</p>
---------------	--	---

3. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile

La migración es un reconocido determinante social en el mundo (8) y en Chile (9). Tal y como lo señalan Cabieses y Bustos (10), la experiencia migratoria en sí misma afecta de manera directa e indirecta la salud de las personas y comunidades (11-13). La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica en un momento puntual, sino que es un proceso dinámico (14). La migración se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta voluntad de permanencia (15). Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. La decisión de migrar involucra un proceso social, pues incluye el idioma, la cultura, la historia personal y familiar, y el país de destino no representa necesariamente hoy la residencia definitiva, a diferencia de lo que ocurría hace un par de décadas (16). Por otra parte, la llamada "migración circular" (17, 18) es un fenómeno reportado a nivel mundial, con grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones.

Falta comprender mejor la experiencia migratoria en Chile, en especial de las migraciones de niños, personas en situación irregular, ancianos, mujeres embarazadas y trabajadores formales e informales. Es urgente de velar por la seguridad de quienes están experimentando riesgos en sus países de origen, riesgos al cruzar la frontera, y riesgos al instalarse en el nuevo país. Una vez en suelo chileno, existen además desafíos culturales que también son frontera. Distancias en visiones culturales, tradiciones, estilos de vida, formas de enfrentar la enfermedad, entre otros, ocasionan una nueva experiencia migratoria, más allá de la frontera geográfica. Existe amplia evidencia internacional sobre experiencias de estigma y discriminación (19), estrés (20) y problemas de salud mental (21) en población migrante en todo el mundo. La experiencia migratoria es entonces exigente y compleja en sí misma, y puede vulnerar los derechos humanos, el bienestar y la salud de quienes hoy migran, en particular en aquellos que lo hacen en condiciones mínimas de protección y seguridad (22).

Este libro da cuenta de múltiple y extensa evidencia científica, tanto cuantitativa como cualitativa, de la compleja relación entre migración internacional y salud. Si bien existen aspectos particulares y puntuales en grupos específicos que son detallados a lo largo de este libro, se reconocen como algunos de los principales hallazgos:

- 1) La población migrante internacional es altamente heterogénea en país de origen, razones para migrar, condiciones socioeconómicas, y problemas de salud.
- 2) Una proporción baja, y en descenso entre 2011 y 2013, de la población migrante se auto-reporta como perteneciente a algún pueblo originario (6% el 2011 y 5,4% el 2013 según CASEN; versus 8,1% 2011 y 9,2% 2013 en población chilena según CASEN). Esto subraya la importancia de atender, en términos conceptuales y prácticos, a la población migrante internacional en sí misma, sin mezclarla con otros grupos residentes en Chile que ya llevan décadas de historia, discurso y valiosa lucha de derechos humanos.
- 3) Existe un grupo de migrantes internacionales que no tienen ninguna previsión de salud en Chile y son de urgente atención, en especial el grupo de 0-14 años (8% en población general migrante internacionales según CASEN 2013).
- 4) Las principales causas de egresos hospitalarios en migrantes son parto, causas externas/accidentes, tumores y problemas del sistema digestivo.

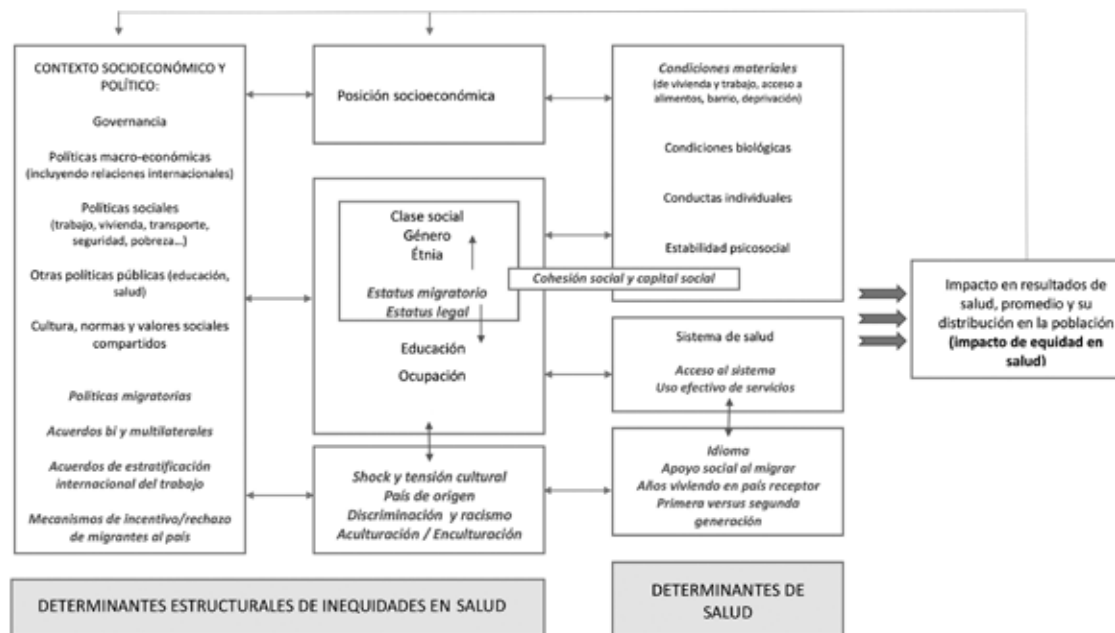
- 5) Las necesidades de salud percibidas por parte de migrantes son diversas y varían según condiciones de proceso migratorio y de residencia en Chile.
- 6) El efecto del migrante sano (población migrante en promedio con menor auto-reporte de problemas de salud que la población local chilena) desaparece en migrantes de nivel socioeconómico bajo, que llevan más de 20 años en Chile, y de algunos países de origen específicos (Bolivia, Ecuador, etc. según la condición de salud estudiada).
- 7) Existe un grupo de migrantes internacionales que, de manera consistente a lo largo del tiempo, prefiere no reportar su estatus migratorio en encuestas poblacionales (CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013). Este grupo reporta nivel socioeconómico bajo, alta proporción de población infantil y puede representar a migrantes en situación irregular.
- 8) Existe evidencia de la importancia de reconocer la relación entre territorio y salud, tanto en población local como migrante. El territorio incide en la forma en que la vida transcurre, las personas se relacionan y el cuidado de la salud se desarrolla. El territorio es relevante no solo a nivel macro sino en especial a nivel local, como son las comunas y barrios de cada región de nuestro país. En este sentido, existen hoy asentamientos de grupos migrantes particulares en distintas comunas, lo que exige de una aproximación territorial local y pertinente culturalmente para migrantes de cada comuna, que pueden ser muy diferentes a otras comunas vecinas o distantes.
- 9) De acuerdo a la evidencia cualitativa disponible, espacios territoriales comunales que cuentan con grupos migrantes organizados e integrados con la comunidad local parecen conocer mejor el sistema de salud y sus derechos, así como también parecen presentar mayor cohesión y capital social, que se sabe es un importante protector de la salud individual y familiar.
- 10) Es urgente mejorar el registro y monitoreo de población migrante en Chile, tanto en registros administrativos habituales como en encuestas poblacionales y estudios particulares, que luego permitan la integración efectiva de datos para mejor análisis en esta materia.
- 11) La salud de migrantes está estrechamente relacionada con su posición social, que se manifiesta por medio de sus condiciones de vivienda, de trabajo y de educación; así como también de sus redes sociales y los espacios disponibles de construcción de identidad cultural, participación e integración social.

Con todo lo anterior, la evidencia presentada en este libro reafirma la importancia de un enfoque de determinantes sociales de la salud del migrante. Esta afirmación puede describirse de manera más ordenada siguiendo el último modelo de determinantes sociales de la salud de Organización Mundial de la Salud, OMS. Este modelo presenta, ordena y vincula distintos componentes (determinantes) de la sociedad que afectan la salud, de manera directa e indirecta, y puede replicarse para la temática migratoria. El capítulo 2 de este libro (sección I) entrega valiosa información a este respecto. La Figura 1 complementa este capítulo e intenta integrar la evidencia de todos los demás. Para ello, presenta una propuesta general de elementos que la evidencia de este libro, presentada tanto en el estado del arte como en la sección de resultados de este capítulo, desde un enfoque de determinación social de la salud y siguiendo el más reciente modelo de la OMS del año 2008 (23). Este diagrama sintetiza los aspectos más mencionados en este libro, y los vincula en función de lo que la evidencia internacional ha propuesto tras más de un siglo de investigación contemporánea en determinantes sociales de la salud.

Para finalizar, es importante subrayar que aún quedan preguntas sustanciales por responder en la compleja relación entre migración y salud (24). Algunas de estas preguntas son (i) ¿cuáles son las características sociodemográficas y de salud de los inmigrantes antes de su arribo al nuevo país?; (ii) ¿qué factores afectan su decisión de inmigrar?; (iii) ¿cuál es la historia migratoria de cada inmigrante que llega a Chile, cuáles son sus expectativas en el nuevo país y bajo qué circunstancias volvería a migrar?; (iv) ¿cómo varía su estatus migratorio en el tiempo o en su trayectoria de vida (documentado o indocumentado, por ejemplo) y cómo esto afecta sus oportunidades laborales, bienestar familiar y salud?; (v) ¿qué factores determinan su percepción de integración a la nueva sociedad y cómo se podría facilitar esta experiencia de manera efectiva?; y (vi) ¿de qué manera los hijos y nietos de inmigrantes experimentan su vida en su país y cómo el estatus migratorio de sus padres podría afectar sus oportunidades de florecer como ser humano, su salud y su bienestar a lo largo de su vida? Se requieren nuevas y más investigaciones que permitan aproximarse al fenómeno migratorio en Latinoamérica y Chile. Estas iniciativas deberían estar idealmente orientadas a movilizar políticas desde la autoridad sanitaria involucrando a todos los sectores y con un enfoque de largo plazo.

Figura 1

La migración internacional como determinante social de la salud; una propuesta de síntesis de componentes principales siguiendo el modelo más reciente de OMS, 2008 (3, 23). Adaptado por las autoras de Cabieses, 2011 (25). En cursiva determinantes críticos para salud de migrantes internacionales, de acuerdo a evidencia internacional disponible.



4. El aporte del libro para salud pública desde las teorías sociales de la migración

499

La experiencia migratoria es entonces exigente y compleja en sí misma, y puede vulnerar los derechos humanos, el bienestar y la salud de quienes hoy migran, en particular en aquellos que lo hacen en condiciones mínimas de protección y seguridad (22). Esto es de urgente atención en decisiones de salud pública en países Latinoamérica. En tiempos actuales de movimientos de grandes masas de personas de todas las edades, desde países en conflicto y de bajo ingreso a países de alto ingreso, se requiere de una voz clara desde la salud pública para la protección de la vida, salud y bienestar de estas poblaciones. Con esto en mente, resulta interesante revisar la evidencia que presenta este libro a la luz de las cuatro principales teorías y modelos sociales de migración internacional. Tal y como se ha señalado antes, la perspectiva o el paradigma que se utilice para aproximarse a la migración incidirá en la forma en la que se diseñen estrategias de salud pública. Las teorías sociales que se consideren para ello, entonces, también determinarán el énfasis y la atención hacia cierto tipo de medidas e intervenciones por encima de otros. A continuación describimos brevemente cuatro teorías o aproximaciones sociales de la migración internacional y su impacto en el enfoque que se le dé a la salud pública en esta materia en Chile, inspirado en una revisión reciente de Cabieses (26).

En primer lugar, la **teoría demográfica clásica de "tiraje y empuje"** (push and pull) propone que la migración internacional es afectada por las características demográficas, en particular diferencias de tasas de crecimiento que se producen entre dos países (27). Fue propuesto por Lee en 1966, quien sugirió que altas tasas de crecimiento demográfico en un país se asocian con la migración a otro, mientras las tasas de crecimiento reducidas se relacionan con influjos migratorios (27). El principal aporte de esta teoría social migratoria a la salud pública está en retomar la reflexión necesaria acerca de la transición demográfica y su relación con la transición epidemiológica en cualquier país y continente del mundo. La salud pública tiene un rol crítico en planificar, proyectar y evaluar sus capacidades de recursos humanos y materiales para brindar atención de calidad a un nuevo grupo humano y a la población general, que trae sus propias creencias, necesidades y problemas de salud. Ciertamente, lo que no se puede hacer es negar el fenómeno migratorio que la mayoría de los países enfrenta en la actualidad y que los actores clave de salud pública de dicha nación no alcen la voz. En términos sencillos y de acuerdo a lo evidenciado en este libro, el tiraje y empuje que hoy atrae a inmigrantes a Chile puede ser una valiosa oportunidad de aumentar la flota de personal capacitado en servicios y otras áreas relevantes para el país, estudiantes virtuosos, chefs reconocidos, artistas y académicos que contribuyan a la construcción de un mejor país, más inclusivo, respetuoso y multicultural.

En segundo lugar, la **teoría social de "acumulación causal"** se basa en el fenómeno de la cadena de la migración (27, 28) y propone que cada acto de migración altera el contexto social de las sociedades que participan, determinando futuras decisiones relacionadas con la migración de nuevas

personas entre ambos países. Estas alteraciones de contexto social tenderían a facilitar los movimientos migratorios a través del tiempo. De acuerdo con esta teoría, cada nueva migración reduce el costo de futuras migraciones y crea un cambio de valores y de cultura que facilitarían futuras migraciones de otras comunidades o individuos (27). Esta teoría social es de enorme valor para la salud pública, por razones que en buena medida se sustentan en la evidencia presentada en este libro. Desde un enfoque de determinación social de la salud, reconoce y explicita la importancia de procesos de cohesión y capital social como mediadores de la migración internacional y su sostenimiento en el tiempo en el país receptor. Desde un enfoque de promoción y prevención, orienta hacia actores clave (inmigrantes organizados en torno a cadenas migratorias) que podrían ser intervenidos para la protección de la salud y la integración al sistema de salud. Al mismo tiempo, releva la importancia de la participación social de migrantes internacionales en redes formales e informales no solo para decidir migrar, sino también para mantenerse y sobrellevar los desafíos de la llegada al nuevo país.

La tercera aproximación se relaciona con el fenómeno de la **globalización y la migración internacional**. La globalización ha sido definida como la intensificación de las relaciones sociales, que vinculan localidades distantes de tal manera que los acontecimientos locales son moldeados por eventos que ocurren a muchas millas de distancia y viceversa (29). En este sentido, algunos autores han afirmado que la migración no se produce entre países inconexos, sino entre los que experimentan un rápido cambio económico y el crecimiento de las relaciones comerciales globales (27). Uno de los primeros autores que describen este enfoque a la migración es Massey en 1987, en un análisis de la migración mexicana a Estados Unidos, proceso que se originó históricamente por las transformaciones en las estructuras sociales y económicas en las sociedades emisora y receptora (30). Desde un enfoque de globalización, el principal problema subyacente de la migración mundial es la tensión no resuelta entre el aislamiento social y los esfuerzos de integración que se realizan en una sociedad multicultural. La aproximación a salud pública desde la globalización es una perspectiva amplia que no solo responde a procesos migratorios, sino también a múltiples problemáticas de salud mundial y local. Como teoría social migratoria en particular ofrece la oportunidad de discutir y relevar aspectos estructurales de desigualdad mundial como lo son la división internacional del trabajo y la educación, las inequidades en el desarrollo de sistemas de protección social y de salud entre países y continentes, la vulneración de derechos humanos fundamentales en algunas naciones, y la decisión de países más poderosos de no rescatar o atender a poblaciones en pobreza absoluta o gravemente vulneradas. Esto es una urgencia ética y política a nivel mundial en la actualidad, y también requiere de consideración en Chile desde un enfoque de vulnerabilidad social y sus efectos en salud (10).

Finalmente, la **teoría migratoria conductual-decisional** afirma que las *intenciones* de realizar una determinada conducta son producto de normas -percepciones sociales de lo que otras personas importantes piensan sobre nuestro comportamiento- y las *expectativas* que uno tiene de alcanzar objetivos valiosos como consecuencia de la realización de la conducta. Este modelo también identifica las barreras y facilitadores que pueden afectar directamente el comportamiento. Esta teoría fue adaptada al proceso de migración y la proposición más relevante es que las *intenciones* asociadas a migrar son el principal determinante del comportamiento migratorio (31, 32). Esta teoría social de la migración es complementaria a las anteriores. Su principal aporte a la salud pública está en informar acerca de determinantes sociales individuales o proximales de la toma de decisión migratoria. Intenciones y expectativas individuales acerca de la migración son factores críticos de la decisión de trasladarse a otro país, y podría ser un aspecto relevante a evaluar e incluso acompañar durante el proceso decisional. Consejería individual o familiar en personas con intención de migrar, con foco en intenciones y expectativas, contrastando las visiones y creencias particulares con la realidad del país al que se anhela migrar, podrían servir de apoyo en la decisión informada de movilizarse. Además, podría preparar mejor a la persona sobre qué le espera en el nuevo país al llegar y posibles redes de contacto de asesoramiento una vez en tierra ajena.

Para concluir, en tiempos actuales de movimientos de grandes masas de personas de todas las edades, principalmente desde países en conflicto y de bajo ingreso a países de alto ingreso, se requiere de una voz clara desde la salud pública para la protección de la vida, salud y bienestar de estas poblaciones, de las que quedan atrás y de las que reciben. En este sentido, las cuatro principales teorías sociales sobre migración internacional presentadas en esta sección, tanto clásicas como contemporáneas, pueden servir de base para aproximarse a abordajes de salud pública efectivos y pertinentes culturalmente. Se espera que la salud pública dé cuenta de enfoques integrativos, amplios y respetuosos de la diversidad cultural y aporte social que los migrantes internacionales entregan a nuestra sociedad hoy y en el futuro.

5. “Salud en todas” para migrantes internacionales en Chile

5.1. El enfoque de salud en todas las políticas

Este libro fundamenta desde un punto de vista tanto teórico como empírico que la migración internacional es un importante determinante social de la salud poblacional. En este sentido, la política pública debe ser capaz de dar una respuesta organizada a aquellos ciudadanos que por diversas razones se encuentran en estado de migración. Se hace necesario por parte del Estado formalizar mecanismos de protección social que garanticen la misma protección social y oportunidades de desarrollo y progreso que la población local, a través del reconocimiento de derechos fundamentales. Es tarea del Estado proteger al más débil, al más pobre y al más falible en contra de la discriminación y destrucción operada por otros grupos sociales, corrigiendo el acceso equitativo al disfrute de los derechos de aquellos que están en desventaja, incluyendo a la población migrante internacional.

Los capítulos destacan, de manera transversal, la importancia del carácter relacional del proceso migratorio, resultando en marginalización, dominación y exclusión social de algunos migrantes internacionales dependiendo de las condiciones de salida de su país y de llegada al nuestro. Este aspecto relacional de la migración como proceso complejo y dinámico invita a la construcción de espacios de participación reales, democracia participativa, políticas públicas centradas en derechos humanos, elección popular de autoridades locales y fortalecimiento de las instituciones rectoras en su tarea de representar a aquel que ha sido vulnerado y de redistribuir el poder. Todos estos se alcanzan y son resultado de procesos superiores políticos, sociales y culturales, de derecho humano, equidad, determinación social de la salud, inclusión y competencia cultural en salud.

La migración internacional es un fenómeno de naturaleza multidimensional, complejo y dinámico, cuyo abordaje exige del Estado una respuesta integral, coordinada y necesariamente intersectorial. El concepto de *Salud en Todas las Políticas* (SeTP) es un enfoque con potencial de facilitar el abordaje de problemas complejos que requieren coordinación intersectorial (33). Este enfoque de Salud intenta proporcionar soluciones prácticas a tomadores de decisiones para mejorar la salud y equidad (34). Ha sido definido por la OMS como un enfoque a las políticas públicas que toma en cuenta en forma sistemática el impacto de las decisiones en la salud y los sistemas de salud, busca sinergias y evita impactos negativos en la salud, con el objeto de mejorar la salud y equidad en salud. SeTP se sustenta en los derechos humanos relacionados con la salud y las obligaciones derivadas. SeTP enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud y aspira a mejorar la responsabilidad de tomadores de decisiones de sus impactos en salud en todos los niveles de toma de decisiones (35). Tal como se desprende de la definición de la OMS, SeTP es una herramienta aplicable a la gran mayoría de los desafíos de la promoción de la salud y no únicamente en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Siguiendo lo propuesto por Leppo y colaboradores (36), se destacan cuatro elementos claves para aplicar el enfoque de SeTP en Chile: (i) Ventanas de oportunidad, (ii), Voluntad política, (iii) Estructuras y procesos intersectoriales y (iv) Conflictos de interés.

Según lo reportado por Peña et al. el 2016 (37) las **ventanas de oportunidad** (38) consideran tres corrientes -el problema, la solución, y el momento político- que fluyen en forma paralela. En un momento determinado, estas tres corrientes confluyen, por lo que un problema es visibilizado como tal, existen soluciones de política pública para abordarlo y ocurre en un momento político adecuado, con lo que se abre una ventana de oportunidad que facilita la acción. Estas ventanas de oportunidad se abren y cierran rápidamente, lo que implica que los tomadores de decisiones deben tener claridad en cómo aprovechar la oportunidad una vez que se presenta. La visión a largo plazo, la existencia de recursos humanos competentes y la revisión continua de procesos de toma de decisiones de otros sectores ayuda en la preparación de ventanas de oportunidad. En Chile la temática migratoria se ha visibilizado como un problema, se han desarrollado algunas soluciones y han existido momentos políticos pasajeros como oportunidades de definición de políticas públicas para esta población. Este libro es, además, un aporte a los dos primeros componentes de las ventanas de oportunidad y esperamos abogues para que el momento político, tercer componente del enfoque de SeTP se repita y sea duradero.

El enfoque de SeTP destaca la importancia de la **voluntad política** del más alto nivel de decisión para facilitar los procesos de políticas públicas intersectoriales (37). Siguiendo el ejemplo de Peña y col. (37), en el sistema político chileno se refiere a la figura del Presidente de la República y al Intendente Regional y Alcalde en los niveles regionales y municipales, respectivamente. En estos ejemplos la voluntad política existe y se manifiesta en la creación de estructuras y procesos intersectoriales o en el mandato directo a ministerios sectoriales para que conduzcan el proceso de toma de decisiones de manera coordinada e integral. La voluntad política también puede lograrse, tal como lo destaca este libro, a través de la acción de la sociedad civil, que es capaz de influir y gatillar la decisión de la autoridad de dar prioridad a ciertas temáticas por sobre otras. La academia, por medio de la generación de evidencia y la colaboración en red, es otro actor potencialmente clave en sostener la temática migratoria para que sobreviva a cambios de autoridades políticas y otros procesos de índole social y nacional.

En la compleja relación entre migración internacional y salud, es importante reconocer el rol de **estructuras y procesos intersectoriales**. En nuestro país, es necesario continuar desarrollando estructuras y procesos intersectoriales que apoyen en el proceso de toma de decisiones desde un enfoque lo más vinculante y democrático posible. Chile destaca en su experiencia histórica de desarrollo de comisiones intersectoriales, muchas de las cuales han tenido consecuencias directas en políticas públicas. Mientras más deliberativo, sistemático y serio sea el trabajo intersectorial, mejores serán sus resultados en la construcción de políticas públicas (37). En este sentido, Aguilera analizó el 2009 la experiencia de seis comisiones asesoras presidenciales, concluyendo que las que tuvieron mejores resultados fueron aquellas que no fueron reactivas a una crisis política, siendo de carácter técnico y con equilibrio de las fuerzas políticas (39).

Por último, es esencial aunque siempre complejo el discutir en torno a **conflictos de interés** existentes en el desarrollo de cualquier política pública incluyendo la de temática migratoria. Parafraseando a Peña et al. (37), la implementación del enfoque de SeTP interseca con temas críticos relativos, por ejemplo, a la transparencia en la toma de decisiones, el perfeccionamiento de instrumentos, los sistemas de financiamiento, la regulación del lobby, y otros temas que sin duda son de preocupación nacional y al mismo tiempo tienen impactos profundos en el espacio de acción de los tomadores de decisiones.

5.2. Universalismo proporcional

Lo descrito hasta ahora da cuenta de la importancia de combinar esfuerzos universales de protección social en derechos mínimos, con la atención a migrantes vulnerables específicos que pueden requerir de mayor apoyo y acompañamiento. En este sentido, el concepto de *Universalismo Proporcional* combina ambos conceptos al proponer que para reducir las brechas en la gradiente social (desigualdad social en salud), es necesario combinar derechos y acciones universales, pero en una escala e intensidad proporcionales a los niveles de vulnerabilidad o necesidad para cada grupo particular (40). Este concepto se propone como un justo equilibrio entre dos principios cruciales de las políticas públicas que aborden: (i) la

vulnerabilidad social de grupos sociales marginados, excluidos o empobrecidos residentes en Chile, que incluyan a migrantes internacionales y (ii) las consecuencias sociales y de salud de esta vulnerabilidad social. Con estos elementos en cuenta, los capítulos de este libro identifican características que deben tener las políticas del Estado, entre las cuales destaca el incorporar una perspectiva de curso de vida, de universalidad y a la vez focalizada, de derechos humanos, con programas transversales, basados en evidencia, coordinados e integrales.

Respecto de lo **universal** de un enfoque de protección social de la población migrante en Chile, la mayoría de los capítulos de este libro hacen un llamado a la creación de políticas integrales para migrantes, que articulen y coordinen las políticas públicas existentes. Es importante que la oferta de esta política incluya aspectos de derechos amplios y comunes a población general residente en Chile como la salud, la vivienda, la educación, pensiones, etc. En términos sencillos, es la necesidad de garantizar un piso común de protección y oportunidades entre población chilena y migrante. La idea central es que las políticas públicas que se diseñen e implementen en Chile den igual oportunidad de desarrollarse y crecer, de estudiar, trabajar y progresar, de hacer familia y crecer como persona. Para ello, se hace necesaria una institucionalización del tema migratorio de manera formal en Chile, como por ejemplo a través de un *Servicio Nacional para Migrantes* que sirva de articulador de las políticas y estrategias destinadas a esta población. En nuestra opinión, esto permitiría al menos: (i) articular en forma coherente múltiples actividades y esfuerzos que hoy se realizan en diversos sectores para población migrante en forma aislada, (ii) construir espacios concretos y formales de trabajo en red e intersectorial, (iii) tener la fuerza política para abogar sobre la protección de derechos mínimos de cualquier persona residente en Chile, (iv) contar con personal capacitado para el diseño, implementación y evaluación de políticas y estrategias y metas que impacten en la vida y salud de migrantes en nuestro país.

Respecto de lo **proporcional**, además de un sistema de protección amplio y común para todos quienes residen en Chile, es posible adicionar una perspectiva política de contribuya a reducir diferencias sistemáticas injustas, innecesarias y modificables (inequidades sociales en salud de migrantes). Si bien es cierto que la población migrante internacional al mismo tiempo de demostrar mayor prevalencia de algunos problemas de acceso, uso efectivo y resultados de salud que la población local, también es cierto que esta población presenta mejores resultados en otros indicadores relevantes de salud, tales como uso de algunos screening, el efecto del migrante sano para muchas patologías, e incluso similar uso de algunos servicios de salud que la población nacional. Estos resultados positivos no solo aportan a mejorar algunos indicadores de salud poblacional, sino que además reflejan, nuevamente, que la migración internacional es un proceso social inevitable que tiene grandes potenciales de aportar a la realidad nacional, atrayendo fuerza de trabajo capacitado, diversidad cultural musical, artística y culinaria, y permitiendo a los chilenos reformular quienes somos, qué nos define y qué tipo de sociedad queremos construir. La migración que experimentamos hoy será la población chilena de las próximas generaciones. Cuidar a migrantes internacionales hoy es, desde todo punto de vista, cuidar al Chile de mañana.

Aun reconociendo estos aspectos positivos mencionados, no podemos ignorar aquellos resultados que apuntan a inequidades sociales en salud, afectando negativamente a la población migrante internacional. Desde una perspectiva de garantía de derechos, el Estado y la sociedad en su conjunto tienen la responsabilidad ética y legal de dar mayor atención a aquellos grupos menos aventajados y que no están desarrollando todos sus talentos y potenciales de realización personal y de aporte a la sociedad. En términos de políticas públicas, esto se refleja en políticas de proporcionalidad y de focalización a grupos que, a partir de diagnósticos legítimos realizados en forma sistemática, reportan peores resultados de salud por causas sociales prevenibles. Este libro, a través del esfuerzo de múltiples actores clave, da cuenta de la existencia de estas diferencias en algunas problemáticas de acceso al sistema de salud, uso de prestaciones y resultados de salud por parte de población migrante internacional. Destacan como grupos que requieren de atención focalizada, a partir de la evidencia entregada, los niños migrantes, migrantes en situación irregular, migrantes con trabajos informales, migrantes con necesidades de vivienda, migrantes ancianos, y migrantes que hoy enfrentan pobreza multidimensional.

5.3. El trabajo intersectorial

Los dos puntos anteriores descritos, el de SeTP y el de universalismo proporcional, subrayan la centralidad del trabajo intersectorial para cualquier esfuerzo de política pública que busque impactar en forma amplia y efectiva el bienestar y la salud de migrantes en Chile. En este libro se presenta en múltiples capítulos la importancia del trabajo intersectorial, pero se destacan algunas ideas principales que vale la pena recalcar en este capítulo de discusión:

1. **Respecto del sistema de salud:** El sistema de salud chileno, en su complejidad actual, requiere de importante coordinación entre niveles, actores y ámbitos de acción. Este libro destaca en particular:
 - a. Continuar con el trabajo de entrega de información esencial de deberes y derechos a migrantes internacionales.
 - b. Fortalecer la vinculación de niveles primario y secundario de salud.
 - c. Mejorar el acceso al sistema de salud como garantía del Estado, igualando el acceso de migrantes internacionales a la población local, en especial en niños migrantes que en este libro emergen como especialmente vulnerables.
 - d. Reducir brechas de sub-utilización de prestaciones de salud disponibles y que son de "cobertura universal" (infancia, embarazo, urgencia, vacunación, screening cervico-uterino y mamografía, por mencionar algunos).

- e. Reformular metas sanitarias que hoy afectan la actitud de trabajadores de salud respecto de prestaciones para población migrante, dado que su sub-utilización afecta el logro de dichas metas y se genera un ambiente de rechazo hacia esta población.
- f. Diseñar, implementar y evaluar sistemas de registro de población migrante internacional de primera y segunda generación en el sistema de salud, como tarea administrativa esencial para cualquier programa y prestación de salud primaria y secundaria.

2. Respeto del sector educacional: Es urgente desarrollar estrategias concretas efectivas de protección de la educación de niños migrantes en Chile. Más aun, es de vital importancia que el Estado, el sector privado, civil y académico estrechen vínculos para sistematizar y evaluar los enormes esfuerzos que hoy se llevan a cabo en esta materia en todo el país. Destacan como ideas fuerza en este sentido:

- a. Fortalecer políticas y estrategias anti-discriminación a niños migrantes en la postulación y selección de colegios públicos y privados en Chile.
- b. Desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de sensibilización de la diversidad cultural en colegios de manera transversal, escalando en la temática a lo largo de los cursos de nivel primario y secundario.
- c. Realizar diagnósticos sistemáticos de escolares que consideren la variable migratoria de manera formal y estandarizada, incluyendo pruebas nacionales e internacionales de rendimiento escolar, que permitan evaluar performance escolar en niños chilenos e inmigrantes a lo largo del tiempo e identificar brechas de inequidad oportunamente cuando existan.
- d. Desarrollar intervenciones específicas de prevención de retiro de niños y jóvenes migrantes en edad escolar del sistema educacional chileno, quienes lo hacen para dar inicio a su actividad laboral.
- e. Diseñar, implementar y evaluar sistemas de registro de población migrante internacional de primera y segunda generación en el sistema educacional chileno, como tarea administrativa esencial.

3. Respeto de trabajo: La principal razón de ingreso a nuestro país por parte de migrantes internacionales es la búsqueda de oportunidades de trabajo que permitan garantizar un mínimo de bienestar a sí mismos y a sus familias. Con esto en mente, es necesario atender con urgencia las condiciones de búsqueda, inicio, mantención y término de trabajo de migrantes internacionales, en especial aquellos que trabajan de manera informal, temporeros y migrantes circulares de quienes se sabe muy poco. Este libro destaca en particular:

- a. Fortalecer estrategias laborales amplias anti-discriminación en espacios laborales hacia población migrante. Considerar por ejemplo algunas estrategias internacionales que previenen la discriminación en la etapa de postulación y selección inicial de empleados, tales como prohibir que al postular se indique el sexo, la edad, la nacionalidad y la pertenencia étnica. Prohibir fotografías y solamente conocer esta información desde la segunda etapa de postulación o cuando correspondan las entrevistas presenciales.
- b. Continuar desarrollando estrategias diversas que apoyen a empresas, en especial pequeñas y medianas, a minimizar las contrataciones informales, por ejemplo temporeros en estaciones de cosecha, y velar por la protección de riesgos ocupacionales en toda la población laboral activa en Chile, incluyendo a migrantes que pueden encontrarse sin contrato, sin previsión social y sin protección de su bienestar y salud en el trabajo y trayecto hacia y desde el trabajo.
- c. Fortalecer procesos de supervisión y pena de cualquier tipo de contratación ilegal, en especial aquella que ponga en riesgo la seguridad y vida del trabajador. Buscar mecanismos de registro y monitoreo incluyendo el registro y seguimiento de migrantes en situación irregular que sin tener RUT ni contar con sistema alguno de protección social en nuestro país realizan trabajos sin medidas mínimas de seguridad ni de apoyo en caso de accidentes del trabajo o trayecto.
- d. Profundizar en el diagnóstico y comprensión de las remesas de personas migrantes a familiares en países de origen y en especial de las consecuencias de este proceso en su bienestar, ingreso real final disponible en Chile y vulnerabilidad social asociada.
- e. Desarrollar estrategias efectivas de incentivo de retorno al sistema educacional por parte de niños y jóvenes migrantes que hoy desertan el sistema escolar y salen a trabajar, muchos de ellos viviendo en situación de pobreza multidimensional.
- f. Diseñar, implementar y evaluar sistemas de registro de población migrante internacional que se encuentra empleada, desocupada e inactiva; tanto de primera como de segunda generación en Chile como tarea administrativa esencial. En encuestas nacionales laborales incorporar variables de nacionalidad, país de origen propio y de padres y condiciones generales del trabajo, idealmente desde una perspectiva de curso de vida que permita comprender variaciones laborales a lo largo del tiempo.

- 4. Respeto de vivienda:** La evidencia presentada en este libro da cuenta de la importancia de las condiciones materiales de la vivienda y las condiciones físicas, sociales y medioambientales del barrio donde las personas y familias migrantes desarrollan sus vidas.
- Profundizar en el diagnóstico y comprensión de las condiciones de habitabilidad de la población migrante internacional en Chile, estratificando según nivel socioeconómico y con especial lupa hacia la habitabilidad de familias que hoy residen en Chile en condiciones legales irregulares, en pobreza multidimensional y con población infantil. De especial preocupación debe ser el hacinamiento marcado en algunos grupos migrantes, que requieren de urgentes medidas de control y prevención de enfermedades, riesgos psicosociales asociados y bienestar general y mental.
 - Generar metas país que se orienten hacia la reducción de brechas sociales de condiciones de la vivienda, en particular hacinamiento y condiciones sub-óptimas o pobres de la vivienda, incluyendo a quienes son migrantes internacionales sin ninguna excepción por país de origen o estatus legal.
 - Vincular diagnósticos de condiciones de vivienda y barrio a resultados relevantes de salud pública del país, por medio de la identificación de problemáticas infecciosas emergentes y reemergentes (ej. Zika, Chagas, Tuberculosis) y crónicas que pudieran relacionarse con pobres condiciones de habitabilidad para cualquier persona que reside en Chile.
 - Identificar estrategias concretas de diseño, implementación y evaluación de condiciones de barrio de todos quienes residen en Chile, incluyendo personas migrantes. Considerar por ejemplo indicadores de violencia, seguridad, capital social psicológico, financiero y de apoyo doméstico en el espacio comunitario del "barrio"; construcción de identidad barrial, confianza y respecto a la diversidad, entre otros. Temas asociados urgentes son disposición de áreas verdes, transporte público, iluminación, cohesión social y desarrollo de espacios comunitarios independientes y democráticos que incluyan el encuentro entre migrantes y población local en igualdad de derechos, oportunidades y deberes.
 - Mejorar el registro de población migrante internacional en la encuesta de caracterización socio-económica nacional CASEN, de tal forma de aprovechar la amplia gama de variables disponibles de esta índole, incluyendo aquellas de condiciones de la vivienda.
- 5. Respeto de relaciones exteriores:** Si bien este libro no desarrolla en forma explícita ni profunda esta importante temática asociada a la migración internacional, de igual forma se presentan algunas reflexiones en algunos capítulos, dentro de las cuales destacan las siguientes ideas:
- Continuar el desarrollo de estrategias concretas y de largo aliento de acuerdos bi y multilaterales con países vecinos y otros que representan los de mayor frecuencia de ingreso de migrantes a Chile en la actualidad.
 - Definir iniciativas de acuerdos de colaboración intersectoriales entre países de donde provienen inmigrantes como prioridad país, que idealmente pudiese contar con el apoyo de organizaciones internacionales preocupadas por la temática como la Organización Internacional para las Migraciones, IOM; la Organización Mundial de la Salud, OMS (OPS); UNICEF, FLACSO, entre otros.
- 6. Temáticas vinculantes del intersector:** Emergen como ideas principales: (i) desarrollar campañas de sensibilización y trabajo sostenido con el intersector en materia migratoria como prioridad nacional, en especial Ministerios de Hacienda, Desarrollo Social, Trabajo, Educación y Vivienda, y (ii) abogar por la redacción de una política migratoria inclusiva e intersectorial, con enfoque de derecho y de salud en todas las políticas. Idealmente, debe surgir de un trabajo sostenido y detallado de diagnósticos de situación y que respondan a la actual "ventana de oportunidad política" dada la severidad del problema migratorio a nivel mundial y nacional. En esta línea, destacan como temáticas vinculantes urgentes del intersector:
- Salud mental de migrantes internacionales*, esto mediante estrategias simultáneas y complementarias de bienestar integral y de salud mental para migrantes en general y en particular a inmigrantes refugiados y desplazados. El bienestar integral no solo responde a una consulta de salud mental SOS, sino que es reflejo de procesos de vida amplios y estructurales como la bienvenida al país de la sociedad en general, las oportunidades de integrarse a una comunidad o barrio, el trato en espacios públicos y privados, la percepción de discriminación, estigma y maltrato, entre otras. El bien-estar es una apreciación global de lo cotidiano, que se construye socialmente a partir de la propia cultura, sus tradiciones, identidad y respeto a la diversidad.
 - Salud de niños migrantes*, aquí es urgente mejorar acceso a sistema educacional y de salud, reducir discriminación y estigma, promover espacios comunitarios y familiares de inclusión y participación, levantar de la pobreza a una proporción relevante de niños migrantes que hoy enfrentan esta situación, y por último proteger que todo niño, chileno o migrante, tenga garantizado el término de sus estudios escolares completos y no se retire del sistema educacional antes de tiempo.
 - Salud de trabajadores migrantes informales*, en este tema es requerida la colaboración entre ministerios del trabajo y desarrollo social, departamento de extranjería y migración y ministerio de salud, entre otros. Organizaciones internacionales y nacionales interesadas en

este problema también pueden jugar un papel crítico para avanzar hacia medidas de protección social en el trabajo. Dichas medidas no solo deben responder a una lógica de derechos mínimos, sino también de medidas estándares internacionales para cualquier trabajador informal en Chile, independiente de su país de origen.

- d. *Salud de migrantes en situación de pobreza absoluta y multidimensional*, esta temática ciertamente debe continuar profundizándose, siendo el indicador de pobreza multidimensional relativamente nuevo en nuestro país. Para ello, se requieren de mejores registros de variables migratorias en encuestas CASEN y otras similares, pero además es urgente el diseño de estrategias intersectoriales que levanten rápidamente a todas las familias que en Chile vivan en pobreza. Se conoce la complejidad de lograr una meta como erradicar la pobreza absoluta y multidimensional en cualquier país, y no hay receta para su éxito. La evidencia internacional, sin embargo, reconoce la importancia del trabajo vinculante y de largo aliento entre educación, trabajo, desarrollo social y sociedad civil.
- e. *Salud de familias migrantes fracturadas entre país de origen y de arribo*, una de las características de la migración internacional de origen laboral es que mucha familias se dividen y experimentan elevados grados de estrés psicosocial. Este libro da cuenta del estrés que produce en las familias que un padre o madre deje el país en busca de trabajo, dejando a familiares de mayor edad y con frecuencia a niños y jóvenes en manos de terceros. El “sacrificio” de dejar a los seres más queridos por el anhelo de surgir debe ser mejor atendido en nuestro país. Debemos recuperar nuestra empatía social, comprender lo que debe significar vivir algo de esta envergadura para cualquier persona y generar estrategias innovadoras y creativas para que estas personas se sientan bienvenidas y a la vez conectadas con quienes quedaron atrás.
- f. *Salud de migrantes con perspectiva de curso de vida (o trayectoria de vida)*, una de las debilidades generales de la investigación, registro y evaluación que tenemos en Chile se orienta a la mirada corto-placista o atemporal (de corte transversal) de las condiciones de vida y salud de la población. La existencia de estudios poblacionales longitudinales sigue siendo escasa, dada su complejidad de implementación y alto costo. Aquellas cohortes que hoy existen podrían incorporar al menos variables migratorias mínimas en sus registros, así como también sistemas de registro nacional tendrían la capacidad, si variables migratorias fueran bien documentadas, de generar bases de datos robustas de estudio permanente de población migrante en Chile a lo largo del tiempo.

6. Referencias

1. Del Toro Huerta M. Retos de la aplicación judicial en México conforme a los tratados de derecho internacional de los derechos humanos. Universidad Autónoma de México, 2005.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos OMS; 2015 [01 agosto 2016]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
3. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solor O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS medicine*. 2006;3(6):e106. Epub 2006/05/10.
4. Solor O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promot J Austr*. 2006;17(3):180-5.
5. Giger J, Davidizar R, Purnell L, Taylor Harden J, Phillips J, O. S. American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minority and other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007;18(2):95-102.
6. J. I. LA SALUD, EL DESARROLLO Y LA EQUIDAD EN UN CONTEXTO INTERCULTURAL. Chile: Servicio de Salud Araucanía Sur, 1997.
7. Campinha-Bacote J, D. C-B. A Framework for Providing Culturally Competent Health Care Services in Managed Care Organizations. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999;10(4):290-1.
8. Davies AA, Mosca D, Fratini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv*. 2010;46(3):5-7. Epub 2010/12/16.
9. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32. Epub 2012/12/06.
10. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile*. Santiago: UDD; 2016.
11. Goldade K. “Health is hard here” or “health for all”? The politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. *Medical anthropology quarterly*. 2009;23(4):483-503. Epub 2010/01/23.
12. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC public health*. 2008;8:93. Epub 2008/03/28.
13. Riosmena F, Jochem WC. “Vulnerability, Resiliency, and Adaptation: The Health of Latin Americans during the Migration Process to the United States”. *Realidad, datos y espacio : revista internacional de estadística y geografía*. 2012;3(2):14-31. Epub 2012/01/01.
14. Freeman M, Baumann A, Blythe J, Fisher A, Akhtar-Danesh N. Migration: a concept analysis from a nursing perspective. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(5):1176-86. Epub 2011/11/03.
15. Sukamdi. [The typology of migration: developing an alternative concept]. *Populasi*. 1991;2(1):57-64. Epub 1991/01/01. Tipologi migrasi: suatu alternatif pengembangan konsep.
16. United Nations. *World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003*. Available from: www.un.org.
17. Bigsten A. The circular migration of smallholders in Kenya. *Journal of African economies*. 1996;5(1):1-20. Epub 1996/01/01.
18. Ellis M, Conway D, Bailey AJ. The circular migration of Puerto Rican women: towards a gendered explanation. *Int Migr*. 1996;34(1):31-64. Epub 1996/01/01.
19. Morawa E, Erim Y. [The interrelation between perceived discrimination, depressiveness, and health related quality of life in immigrants of Turkish and Polish origin]. *Psychiatrische Praxis*. 2014;41(4):200-7. Epub 2013/07/23. Zusammenhang von wahrgenommener Diskriminierung mit Depressivität und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei türkisch- und polnischstämmigen Migranten.
20. McClure HH, Snodgrass JJ, Martinez CR, Jr., Eddy JM, Jimenez RA, Isirdia LE. Discrimination, psychosocial stress, and health among Latin American immigrants in Oregon. *American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council*. 2010;22(3):421-3. Epub 2009/10/22.
21. de Vries WM, Smits CH. [Searching for rest in one’s soul: the experience of mental health complaints in older Moroccan immigrants]. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*. 2005;36(5):194-202. Epub 2005/12/15. Op zoek naar rust in de ziel Rahat al baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen.
22. Martin SS. Exploring discrimination in american health care system: perceptions/experiences of older Iranian immigrants. *Journal of cross-cultural gerontology*. 2012;27(3):291-304. Epub 2012/06/28.
23. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: 2008.
24. Cabieses B. *Developing intelligence in primary health care among international migrants in Chile: a multi-methods study*. Santiago: Fondecyt; 2013-2017.

25. Cabieses B. The living conditions and health status of international immigrants in Chile: Comparisons among international immigrants, and between them and the Chilean-born York, England: University of York; 2011.
26. Cabieses B. Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista de Salud Pública de México*. 2017;(in press).
27. Martine G, Hakkert R, Guzman JM. Social aspects of international migration: Preliminary Considerations. Costa Rica: 2000.
28. Greenwood MJ. Human migration: theory, models, and empirical studies. *J Reg Sci*. 1985;25(4):521-44. Epub 1985/11/01.
29. Giddens A. *The consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press; 1990.
30. Massey DS. (Do undocumented migrants earn lower wages than legal immigrants? New evidence from Mexico. *International Migration Review*. 1987;21(2):236-74.
31. De Jong G, Gordon F. Choice processes in migration behaviour. In: Pandit K, Withers S, editors. *Migration and Restructuring in the US*. New York: Rowman and Littlefield publishers; 1999. p. 273-92.
32. De Jong G. Expectations, gender, and norms in migration decision-making. *Population studies*. 2000;54:307-19.
33. Kickbusch I, K. B, editors. *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010.
34. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(6):500-3.
35. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in All Policies: Seizing opportunities, Implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2013.2013.
36. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Lessons for policy-makers. In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing Policies: Minister of Social Affairs and Health, Finland*; 2013.
37. Peña S, Sierralta P, del Aguila R, Cabieses B. Vulnerabilidad Social y Salud en Todas las Políticas en Chile. In: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editors. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: UDD; 2016.
38. Kingdon J. *Agenda, Alternatives and Public Policies*: Pearson; 2010.
39. Aguilera C. Las Comisiones Asesoras Presidenciales del Gobierno de Michelle Bachelet 2009 15 de Octubre 2015. Available from: <http://www.flacsochile.org/tipo/documentos-de-trabajo/page/2/>.
40. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. 2010.

7. Acerca de los autores

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro de red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.

Email: bcabieses@udd.cl

Margarita Bernaldes, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.

Email: margaritabernaldes@udd.cl



Capítulo 24

Recomendaciones concretas para Chile

Autores en Orden Alfabético

Alex Alarcón, PhD

Consultor Salud y Migración, OIM
Académico Escuela de Salud Pública, Programa
de Salud Global, Universidad de Chile

Jossette Iribarne, MSc(c)

Encargada Programa Migración y Salud,
DIPOL/Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de
Salud

Margarita Bernales, PhD

Docente Investigadora, Programa de Estudios
Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica
Alemana Universidad del Desarrollo

Ana M McIntyre, MSc

Instructor Adjunto, Investigadora, Programa de
Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina
Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

Báltica Cabieses, PhD

Profesora Titular, Encargada Programa de
Estudios Sociales en Salud, Facultad de
Medicina Clínica Alemana Universidad del
Desarrollo

Victor Pedrero, MSc

Profesor Asistente, investigador Programa de
Estudios Sociales en Salud

Florencia Saffirio, MSc(c)

Coordinadora Nacional del Área Social, Servicio
Jesuita a Migrantes

Dra. María Teresa Escobar, MSc(c)

Directora de Salud, Ilustre Municipalidad de
Santiago

Claudia Silva Dittborn, PhD

Jefa Sección de Estudios, Departamento de
Extranjería y Migración, Ministerio del Interior de
Chile

1. Cuadro Resumen

a) ¿Qué se sabe de este tema?

- La migración internacional en Chile es una temática emergente y en sostenido aumento, que requiere de un abordaje intersectorial para el manejo de los desafíos de vida y salud asociados a este fenómeno social.
- Actualmente existen distintos actores sociales e instituciones preocupadas de la mejora en la calidad de vida y el bienestar de la población migrante internacional.
- Chile se encuentra en una situación de oportunidad para implementar y mejorar normativas legales, intervenciones y estrategias existentes que permitan a la comunidad migrante integrarse a nuestra sociedad en pleno ejercicio de sus derechos.

b) ¿Cuál es el aporte de este capítulo al conocimiento actual?

- Este capítulo representa el esfuerzo de generar diálogos y acuerdos entre diversas organizaciones que trabajan en la temática mirante, con el fin de realizar recomendaciones concretas para el país en el marco de la búsqueda continua del bienestar de esta comunidad migrante y de la población local en Chile.
- Este capítulo da a conocer recomendaciones concretas de una mesa de trabajo intersectorial que se convocó para el cierre de este libro, en cuatro áreas específicas: Sistema de Salud, Comunidad, Trabajo Intersectorial e Investigación.
- El capítulo presenta una reflexión acerca de los conceptos claves que debieran estar a la base de cualquier iniciativa enfocada en población migrante, estos son: Derechos Humanos, Determinantes Sociales de la Salud, Identidad y Multiculturalidad, Competencia Cultural, Inclusión y Participación.

c) ¿Qué desafíos siguen pendientes?

- Queda como desafío pendiente transferir estas recomendaciones a acciones concretas que involucren la participación de distintos actores sociales, su implementación y evaluación.
- Un desafío central adicional es continuar con el dialogo intersectorial en torno a la temática migrante, convocando a diversos actores y haciendo partícipes de estas mesas de trabajo a la propia comunidad migrante.

d) **Palabras clave:** Trabajo Intersectorial, Derechos Humanos, Pertinencia Cultural

2. Contexto

La temática de salud y bienestar de la población migrante requiere, necesariamente, de un enfoque intersectorial que convoque la participación y el diálogo activo de diversos actores, que permitan realizar un análisis profundo de las variables que impactan en la vida de esta comunidad. De esta forma, pensar por ejemplo en el bienestar de una familia migrante, incluye que el sector salud se preocupe de asegurar su acceso a intervenciones básicas, requiere que el sector educacional se ocupe de la escolarización de los niños y jóvenes, necesita que el sector trabajo se ocupe de asegurar las condiciones mínimas de los adultos, exige que el sector vivienda legisle acerca de las condiciones habitacionales del lugar en que vivirán esas familias, requiere que el servicio de la mujer se ocupe del bienestar de esa madre, y en definitiva, se necesita un esfuerzo multisectorial e integrado para asegurar que diversos actores operen coordinadamente para el aseguramiento del bienestar de esa familia.

El presente capítulo representa el esfuerzo conjunto de diversas organizaciones que participaron en la elaboración de este libro, en torno a iniciar y continuar diálogos y acuerdos que permitan a Chile avanzar en búsqueda continua del mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar de la comunidad migrante internacional en nuestro país. De esta forma, luego de que cada autor -en representación de las instituciones de las cuales forman parte- redactaron sus propios capítulos y recomendaciones, el equipo editor realizó la invitación a formar una mesa de trabajo cuyo objetivo fue dialogar acerca de recomendaciones generales y conceptos claves relacionados a la migración internacional en nuestro país. Cada institución seleccionó a uno de sus miembros para formar parte de esta mesa de trabajo, la cual se reunió en dos ocasiones durante Agosto y Septiembre de 2016.

Se constituyó entonces con estos expertos nacionales una mesa de trabajo (Figura 1), para generar recomendaciones pensadas para mejorar el bienestar de las familias migrantes. Los acuerdos y convergencias presentados en este capítulo pretenden abrir y/o continuar el diálogo en torno a temáticas que a juicio de los autores son centrales en la temática de migración internacional, representado desafíos concretos y recomendaciones en torno a áreas tales como salud, comunidad, trabajo intersectorial e investigación; y reflexiones en torno a los conceptos que a nuestro juicio están a la base del trabajo con la comunidad migrante, tales como derechos humanos, inclusión, participación, equidad, determinación social y competencia cultural.

Figura 1

Foto Mesa de Trabajo de Expertos.



3. Recomendaciones en temas prioritarios: sistema de salud, comunidad, colaboración del inter-sector e investigación

A continuación se presenta un cuadro resumen, que refleja el acuerdo de la mesa de trabajo en torno a las recomendaciones concretas para Chile acerca de las temáticas centrales que permitan aumentar el bienestar de la comunidad migrante en nuestro país.

Tabla 1

Recomendaciones concretas para Chile acerca de las temáticas centrales de este libro

Temática	Recomendaciones
<p>Sistema de salud</p> <p><i>Foco en garantizar acceso a salud, igualdad de derechos, registro y monitoreo, e información continua a trabajadores de salud e inmigrantes.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar el acceso formal a salud para la población migrante, en iguales condiciones que los nacionales, explicitando prestaciones de salud básicas tales como: vacunación, promoción y prevención en salud, disminución de riesgo de enfermedades infectocontagiosas y monitoreo de condiciones crónicas de salud. Para el logro de este desafío, se requiere de un marco regulatorio claro e inclusivo, y adicionalmente la capacitación de todo el personal de salud que está en contacto con usuarios del sistema (personal administrativo y profesional). 2. Garantizar el diseño de estrategias en salud que contemplen un enfoque de competencia cultural, fomentando así la implementación de intervenciones sensibles y pertinentes que se ajusten a las necesidades específicas de la población migrante, brindando así servicios de salud amigables y contextualizados. Para el logro de este desafío es necesario contemplar la capacitación continua de los trabajadores de la salud. 3. En el contexto de las metas sanitarias propuestas para el país, generar objetivos y estrategias focalizados para el cumplimiento de las mismas en población migrante internacional, diversificando la oferta según población y territorio particular, fomentando así una pertinencia territorial y sectorial. 4. Fomentar el trabajo intrasectorial en salud con énfasis en la temática migrante, permitiendo de esta forma que el flujo entre niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) sea expedito en términos administrativos y en el traspaso de información. 5. Generar esfuerzos continuos para la entrega de información a la población migrante acerca de sus derechos en salud, en relación a acceso y uso de servicios, así como herramientas concretas para navegar el sistema de salud en Chile. 6. Mejorar el sistema de monitoreo en salud incorporando indicadores de estatus migratorio y país de procedencia, de tal forma de conocer y analizar las necesidades en salud de la población migrante de primera y de segunda generación que vive en nuestro país. 7. Mejorar el sistema de vigilancia de enfermedades infecciosas re-emergentes, incorporando indicadores de país de origen, que permitan generar indicadores sensibles para toda la población residente en Chile (local y migrante) y evitando posibles estigmas sociales. 8. Mejorar la socialización permanente entre distintos estamentos del sistema de salud acerca de la actualización dinámica de decretos en salud orientados a la atención de población migrante.

<p>Comunidad</p> <p><i>Foco en estrategias que tengas un énfasis en la cohesión social e integración real de la comunidad migrante, hacia la construcción de una verdadera sociedad multicultural.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poner en la discusión pública la integración de la comunidad migrante, brindando espacios a la comunidad en general para conversar abiertamente acerca de la sociedad y la cultura de nuestro país, y reconociendo la existencia de actitudes de racismo y xenofobia en algunas situaciones y grupos. 2. Generar sistemas de diagnósticos comunales acerca de condiciones de vida, salud y grado de integración de la comunidad migrante a nivel Municipal y de gobiernos locales, identificando líderes comunitarios que puedan apoyar el diálogo y la participación de población migrante. 3. Generar y transformar espacios de convivencia entre comunidades locales y migrantes, fomentando espacios libres de racismo y discriminación. Se sugiere que este trabajo sea liderado por los consejos de desarrollo local de salud y consejos regionales de salud. 4. Generar estrategias que permitan facilitar la integración comunitaria de la población migrante, convirtiéndonos así en un país inclusivo, multicultural, respetuoso de la diversidad humana, y orientado al fomento de derechos humanos y a la cohesión social. 5. Fortalecimiento de redes entre comunidades migrantes, sobre todo en aquellas localidades en que la población migrante está disgregada en el territorio.
<p>Intersector</p> <p><i>Podría estar anclado al Consejo Técnico de Política Migratoria. El trabajo intersectorial debería contemplar la inclusión explícita de al menos: Educación, Salud, Trabajo, Vivienda y Ministerio de la Mujer, entre otros.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La salud y el bienestar deben ser entendidos en términos amplios, considerando las condiciones de vida como variables fundamentales y que impactan directamente en la salud de la población. 2. Generar y actualizar estrategias de capacitación continua a funcionarios del servicio público, de tal forma que todos en su conjunto puedan hacer frente al aumento del ingreso de migrantes de una forma eficaz y culturalmente pertinente. 3. Se sugiere realizar un mapeo de actores clave que se encuentran trabajando en la temática migrante a nivel nacional, de tal forma de que esta información sea pública y se fortalezca el trabajo en red. 4. Generar un observatorio de salud y bienestar de la comunidad migrante, conformado por actores clave del intersector. Dicho observatorio tendría como meta conectar a los agentes clave que puedan aportar en el bienestar de la comunidad desde un enfoque que considere la complejidad social del fenómeno migratorio. 5. Se sugiere establecer acuerdos en torno al registro de información de manera intersectorial, generando bases de datos que puedan dialogar entre sí y que sean transparentes, auditables y de fácil acceso. Generar datos administrativos que sean pensados para convertirse en datos estadísticos susceptibles de análisis. 6. Modernizar la institucionalidad pública en materia migratoria, considerando la gestión de una política inclusiva que contribuya al crecimiento del país. En este sentido, se apoya la idea de crear un Servicio Nacional para Migrantes.

Investigación

Se sugiere dar énfasis al registro de información por parte de los organismos públicos, generando bases de datos accesibles, válidas y de fácil comprensión.

1. **Apoyo político y académico** para fomentar la investigación en población migrante internacional, tanto en la liberación o protección de fondos para la investigación en este tema como para el ejercicio de líneas de investigación por parte de equipos capacitados en nuestro país.
2. **Enfoque investigativo amplio**, desafiando el paradigma biomédico clásico y permitiendo una mirada global e interdisciplinaria de la salud en población migrante internacional.
3. Dar especial relevancia a la inclusión de variables de **registro y monitoreo de la población migrante** en encuestas aplicadas a nivel nacional, para de esta forma contar con información específica acerca de las necesidades de esta comunidad.
4. Incluir un **Comité Asesor Comunitario** en todas las investigaciones que consideren a la comunidad migrante, el cual cuente con miembros que formen parte de la comunidad, de tal forma que tengan un rol activo desde el diseño de propuestas de investigación hasta su implementación, asegurando la pertinencia cultural de las propuestas realizadas.
5. Generar estrategias específicas que permitan el fomento de **investigaciones transgeneracionales en la población migrante**, en áreas diversas tales como uso de servicios, educación, bienestar, entre otras.
6. Generar estrategias específicas que permitan el fomento de **investigaciones en la población infantil migrante**, en áreas diversas tales como uso de servicios, educación, bienestar, entre otras.
7. Fomentar estudios acerca de **grupos segregados** dentro de la comunidad migrante, evaluando las condiciones de vida de diversas poblaciones, por ejemplo, aquellos que se encuentran en situación de “irregularidad” u otra condición de vulnerabilidad (desempleo, pobreza, contratación informal).
8. Generar proyectos de investigación que permitan conocer las **particularidades de cada colectivo migrante**, permitiendo relevar las diversas identidades dentro del fenómeno migratorio (Ejemplo: estudios que incluyan la estratificación por nacionalidad).
9. Incentivar el diseño de estudios **de movimientos urbanos y trayectorias** trazadas por la comunidad, que den cuenta de un análisis espacial en torno a la población migrante.
10. Fomentar estudios con **enfoque de determinación social de la salud** y en particular con **enfoque de trayectoria o curso de vida**, que aporten con una comprensión longitudinal –a lo largo del tiempo– de la vida de personas y comunidades migrantes en Chile y sus consecuencias en su bienestar y salud.

4. Recomendaciones en temas transversales: derechos humanos, inclusión, participación, equidad, determinación social y competencia cultural

A continuación se presenta un cuadro resumen, que refleja el acuerdo de la mesa de trabajo en torno a los conceptos esenciales que deben ser tomados en cuenta para el trabajo con comunidades migrantes internacionales en Chile.

Tabla 2

Recomendaciones concretas para Chile acerca de áreas transversales

Concepto esencial	Recomendación reportada
<p>Derechos humanos</p> <p><i>Las instituciones de gobierno debieran fomentar la vigilancia en torno al cumplimiento de derechos humanos en la comunidad migrante.</i></p> <p><i>Esto podría liderarse desde el Ministerio de Justicia y DDHH, complementado con un rol de observancia por parte del Instituto Nacional de Derechos Humanos.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A los migrantes se les debe reconocer como personas con derechos civiles iguales a los chilenos, en cuanto a que tienen libertad individual, compuesta por la libertad personal, de expresión, pensamiento y religión, derecho a la propiedad y a cerrar contratos válidos, entre otros. Cabe incluir también el derecho a la justicia en términos de defender y hacer valer todos los derechos, derecho político, pues pueden criticar, evaluar, exigir, tener preferencias, y un derecho social, el que asegura un mínimo de bienestar económico y seguridad social, lo que se traduce en el derecho a participar del patrimonio social y a vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares corrientes en la sociedad. 2. Abogar por una política migratoria inclusiva e intersectorial, con enfoque de derecho y de salud en todas las políticas. Idealmente, debe surgir de un trabajo sostenido y detallado de diagnósticos de situación y que respondan a la actual “ventana de oportunidad política” dada la severidad del problema migratorio a nivel mundial y nacional. 3. Se debe garantizar el acceso formal a servicios de salud -incluyendo disponibilidad y pertinencia cultural- en iguales condiciones que a población local, como derecho básico de salud, desde un enfoque amplio de protección social, e independiente de su estatus legal migratorio. 4. Fomentar campañas de sensibilización y promoción de derechos de personas migrantes. Mejorar las estrategias de entrega de información y conocimiento acerca del sistema de salud chileno hacia población migrante, en especial a quienes en la actualidad no pertenecen a ningún tipo de previsión. 5. Impulsar la implementación de una política de salud de migrantes en Chile, que articule la información de decretos e instructivos existentes y futuros, explicitando el enfoque de derechos en salud para toda persona que habita el territorio nacional.
<p>Determinantes sociales de la salud</p> <p>Se recomienda generar estrategias que permitan identificar y acortar las brechas asociadas al estatus migratorio y determinantes estructurales en Chile</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El estado de salud de migrantes internacionales debe comprenderse, monitorizarse y estudiarse desde un enfoque amplio de determinación social de la salud. Dicho enfoque debe incluir el proceso migratorio completo con todas sus etapas incluyendo la pre-migratoria. 2. Se sugiere implementar acciones enfocadas hacia reducir desigualdades sociales -tanto en brecha como en gradiente social- que impactan en salud de migrantes internacionales, tanto estructurales (determinantes de inequidades tales como trabajo, educación, ingreso, ausencia de políticas de protección social), así como determinantes sociales proximales (estilos de vida, condiciones materiales de vivienda). 3. Promover espacios de construcción de determinantes sociales que protegen la salud y promueven el bienestar en toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. Limitar los “espacios de vulnerabilidad” (trabajo, vivienda, barrio, entre otros) existentes, basado en el entendimiento de que la vulnerabilidad en salud no es únicamente individual, sino también conformada por factores propios del medio ambiente, espacios y momentos específicos en donde se suman una serie de factores y contextos que producen mayor vulnerabilidad. 4. Promover el acceso equitativo a la promoción y a cuidados de salud para migrantes. Especial consideración a grupos socialmente vulnerables, de acuerdo a lo que se evidencie en la vigilancia continua de inequidades sociales en salud en Chile. Promover la cooperación bilateral y multilateral sobre la salud de los migrantes entre países involucrados en el proceso migratorio.

<p>Identidad y diversidad cultural</p> <p><i>Se recomienda respetar la individualidad de cada migrante, reconociendo su aporte único para la construcción de una sociedad multicultural</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es tarea de toda la sociedad, con énfasis en el Estado, continuar trabajando para hacer de Chile un país más rico social y culturalmente, donde los valores como el respeto y el reconocimiento por la diversidad y la multiculturalidad se encuentren y se enriquezcan mutuamente. 2. Promover la construcción de espacios y actividades públicas de valoración de la diversidad cultural en Chile, desde la autoridad central y hacia todos los niveles de la sociedad civil, académica y estatal. Dichos espacios debieran a su vez promover redes de colaboración centrados en los beneficios de la diversidad cultural en las dimensiones económicas, políticas, sociales y de salud poblacional de nuestro país. 3. Generar marcos conceptuales que permitan realizar una lectura compleja y comprensiva, que trascienda una visión dicotómica y/o reduccionista del fenómeno de la migración y de las condiciones de vida de las personas que llegan a Chile. 4. Promover intervenciones sociales y de salud basadas en el reconocimiento, el respeto mutuo y la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social.
<p>Competencia cultural en salud</p> <p><i>La competencia cultural se presenta como una herramienta de trabajo para mejorar los espacios de encuentro intercultural entre población migrante y local, así como entre grupos migrantes en Chile</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recomienda fortalecer el enfoque intercultural en salud, que permita incluir necesidades particulares de los diferentes colectivos de migrantes. Para ello se propone desarrollar un sistema de salud sensible al contexto migratorio mediante estrategias enfocadas primero en abordar los obstáculos que dificultan el acceso a las personas migrantes a la salud y a los servicios sociales; y segundo al trato directo al migrante en la atención de salud. 2. Se debe trabajar en reducir el estigma y discriminación hacia migrantes internacionales de parte de la sociedad y de los equipos de salud. Para ello se podría capacitar y sensibilizar al personal de salud sobre el contexto y problemática que enfrentan las poblaciones migrantes, para mejorar así la adecuación cultural y lingüística. 3. Asegurar que los servicios de salud desarrollados en el sistema reflejen las necesidades de la comunidad migrante y que los proveedores de servicios sean responsables de responder a dichas necesidades oportunamente y con pertinencia cultural. Por ejemplo, considerar mediadores interculturales a los equipos de trabajo, que permitan mayor comprensión sobre las particularidades de cada colectivo migrante.

<p>Inclusión</p> <p><i>La cohesión social debe ser promovida por medio de la construcción de capital social, a través de indicadores como confianza, participación cívica y política, y reciprocidad mutua</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir una sociedad que integre elementos de cohesión social orden político, económico y cultural, siendo estas tres dimensiones aspectos cruciales para la integración de los inmigrantes. La cohesión social como marco de acción nos impulsa a trabajar por minimizar las disparidades y evitar las polarizaciones propias de sociedades no cohesionadas. 2. Promover diversas intervenciones que promuevan la cohesión social en salud para toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. Desarrollar en particular acciones locales en comunidades migrantes que aporten a la construcción del capital social como herramienta fundamental para un Chile cohesionado y más saludable. Dichas acciones deben incluir capital social de relaciones horizontales (de reciprocidad mutua: confianza en pares, apoyo emocional y financiero, participación en grupos comunitarios) y de relaciones verticales (con autoridades políticas y estatales: participación en procesos de votación, confianza hacia autoridades). 3. Velar por la adopción de estrategias de prevención y reintegración que han demostrado ser exitosas en espacios locales en niveles regional y nacional (ej. piloto de salud de inmigrantes del Ministerio de Salud), con el fin de minimizar la exclusión social, la estigmatización, discriminación y marginalización de la población migrante. 4. Generar espacios de integración a través de intervenciones en lugares patrimoniales y significativos para la población general y para los migrantes (plazas centrales, iglesias, espacios públicos). 5. Mejorar el acceso a servicios de salud y a apoyo social de calidad como medida de inclusión social. 6. A nivel municipal se recomienda crear una oficina, un programa o simplemente capacitar a sus funcionarios para una atención que contemple la diversidad cultural de la población extranjera y genere acceso tanto a esferas de la integración sistémica (trabajo, vivienda, salud, educación) como a la integración social mediante el favorecimiento del contacto con la sociedad de acogida y dentro de los diversos grupos de extranjeros.
<p>Participación</p> <p><i>Fomentar una sociedad donde la participación democrática de los diversos conglomerados sociales, incluyendo migrantes, se considere un valor social fundamental</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debe constituir un objetivo del Estado lograr que todos los miembros de la sociedad se sientan parte activa de ella, además de asegurar condiciones que entreguen un marco propicio para el crecimiento económico y aseguren un ambiente de confianza. 2. Desarrollar campañas de sensibilización y trabajo sostenido con participación del intersector en materia migratoria como prioridad nacional, en especial Ministerios de Hacienda, Desarrollo Social, Trabajo, Educación y Vivienda, entre otras. 3. Se requiere de una sistematización del trabajo con migrantes internacionales que en la actualidad se realiza, con la integración social como horizonte de trabajo. 4. A nivel comunal se deben generar acciones para la conservación y autoafirmación de la identidad. Para ello, promover el empoderamiento en las comunidades migrantes a través del conocimiento y de la construcción de capacidades. 5. Incorporar a líderes comunitarios migrantes como parte de equipos de diseño o de investigación de nuevas intervenciones de atención de salud primaria y secundaria. 6. Desde un enfoque internacional de participación, desarrollar una estrategia concreta y de largo aliento de acuerdos bi y multilaterales con países vecinos y otros que representan los de mayor frecuencia de ingreso de migrantes a Chile en la actualidad. Esto requiere primero la definición de esta iniciativa como prioridad país, pero puede contar con el apoyo de organizaciones internacionales preocupadas por la temática como la Organización Internacional para las Migraciones, OIM; la Organización Mundial de la Salud, OMS (OPS); UNICEF, FLACSO, entre otros.

5. Conclusiones

Este libro tuvo como propósito convertirse en un aporte al debate en torno a la salud y el bienestar de la comunidad migrante, centrándose en las siguientes preguntas articuladoras:

1. ¿Cuál es el marco conceptual y normativo que existe hoy en la región y en Chile sobre la migración internacional y su relación con salud?
2. ¿Cuál es el estado de salud, acceso a salud y uso de servicios por parte de migrantes internacional en Chile y cómo se compara con la población local, de acuerdo a la información cuantitativa y cualitativa disponible?
3. A partir de la evidencia disponible, ¿Qué propuestas concretas de recomendaciones para políticas públicas se pueden delinear, en coherencia con los conceptos esenciales de este libro y de las miradas que hoy existen entre organismos que trabajan en esta materia en nuestro país?

Como equipo editor, creemos que el esfuerzo realizado por cada uno de los autores e instituciones que participaron en este libro, permiten dar respuesta, o al menos iniciar el debate en forma relevante e informada, en torno a las preguntas planteadas originalmente.

En el marco de estas preguntas regidoras, uno de los principales anhelos de este libro fue convertirse en un aporte legítimo a la discusión y reflexión acerca de la salud y el bienestar de la comunidad migrante internacional en Chile, y para ello consideró un exhaustivo y dinámico proceso de redacción. La legitimidad ha sido abordada desde las ciencias sociales como un proceso colectivo de construcción de realidad, en el cual los elementos considerados son consonantes con un conjunto de normas, valores y creencias amplios y compartidos (1). Así, en la literatura se han delineado cuatro dimensiones orientadas a lograr la legitimidad social de los procesos: innovación social, validez local, difusión y validez general (1), cada una de estas ha sido considerada en el desarrollo de este libro.

En relación a la **innovación**, este trabajo se presenta como un ejercicio novedoso al proponer un debate abierto acerca del bienestar de la comunidad migrante en nuestro país y considerando los componentes locales culturales y marcos regulatorios que se convierten en el telón de fondo de este fenómeno social. Su línea editorial se enmarca en el modelo de determinantes sociales de la salud, lo cual aporta un marco conocido y válido para la discusión, e incorpora un análisis desde la perspectiva de derechos humanos, pertinencia cultural en salud e inclusión social. Atendiendo a la dimensión de **validez local** se convocó a expertos de diversas áreas y sectores quienes trabajan con comunidades migrantes internacionales en Chile a redactar capítulos de estado del arte de la temática y sus principales desafíos o necesidades, identificando posibles soluciones (recomendaciones a políticas o programas sociales o de salud). Este libro incluye tanto a expertos académicos, como al sector organizado civil, autoridades comunales de municipalidades con alta densidad de población migrante internacional, así como a autoridades de diversos estamentos y sectores del gobierno.

En relación a la **difusión**, este libro espera ser revisado y discutido en muchos escenarios del país y de la región. El libro es, en esencia, un proceso de construcción colectiva desde y para nuestro país, y será difundido a la sociedad en su conjunto. Para ello, se han considerado dos estrategias fundamentales: por un lado, el acceso libre y gratuito a este texto y a sus recomendaciones en formato electrónico; por otro lado, su difusión activa en diversos medios académicos, técnicos, políticos y civiles en Chile. Finalmente, en relación a la **validez general**, esta es inevitablemente una consecuencia directa del cumplimiento de las dimensiones anteriores. De esta forma, trabajar en forma consciente y rigurosa en torno a objetivos de innovación, validez local y difusión contribuyen al anhelo de los editores de que este se reconozca como legítimo para Chile hoy.

Al finalizar el ejercicio de edición libro, quisiéramos destacar que la búsqueda del bienestar de la comunidad migrante internacional en nuestro país, requiere de la inclusión de al menos tres enfoques que resultan ser indispensables para el abordaje responsable de la misma. El enfoque de **derechos humanos** que asegure el derecho humano a la movilidad y el respeto al ejercicio de ese derecho, así como también el derecho a la seguridad social incluido el acceso a salud; creemos fundamental que tanto la comunidad local como internacional esté en conocimiento del enfoque de derecho y actúe en consecuencia con el mismo. Por otro lado, pensamos que es imprescindible trabajar desde un **enfoque de inclusión social**, que enfatice en la importancia de generar espacios para la comunidad migrante y local en torno a la importancia de la integración y el respeto entre comunidades, pensamos que es una responsabilidad de las autoridades centrales y locales facilitar la creación de este tipo de espacios. Finalmente, nuevamente recalamos la importancia del **trabajo intersectorial real**, uno de los riesgos del trabajo intersectorial es que las responsabilidades se diluyan y nadie lidere los procesos, en relación a la temática migrante, una propuesta concreta de los expertos es que el trabajo sea liderado por un organismo que tenga la institucionalidad y potestad para articular tomadores de decisión clave, y que el resto de los actores se pongan al servicio de una meta común. Lógicamente todas estas son iniciativas e ideas para seguir siendo reflexionadas, con un anhelo genuino de contribuir continua y activamente en la búsqueda y el bienestar de la comunidad migrante.

Para finalizar, quisiéramos agradecer a todas las personas e instituciones que tuvieron fe en este proyecto y aceptaron ser parte de él desde su inicio. Este libro no tendría la fuerza y validez social que ha alcanzado de no ser por estas personas y voluntades políticas. Este libro es un ejemplo del libre ejercicio de la democracia en Chile, y, pese a sus limitaciones, demuestra el poder del trabajo intersectorial cuando existen metas comunes y un camino claro de trabajo conjunto. Esperamos que este libro sea útil para tomadores de decisión en políticas públicas, para el cuerpo académico del país, para grupos civiles organizados de migrantes y de población local en Chile interesada en esta temática, y para toda persona que quiera formarse en ciencias sociales y de la salud.

6. Referencias

1. Johnson C, Dowd TJ, Ridgeway CL. Legitimacy as a social process. *Annu Rev Sociol.* 2006;53–78.

7. Acerca de los autores

Alex Alarcón, PhD

Licenciado en Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Austral de Chile, Master Políticas Públicas y Sociales de Universidad Pompeu Fabra-Johns Hopkins University y PhD en Sociología por la Universidad de Barcelona. Se ha desempeñado en distintas instituciones del sector salud chileno, destacando su participación en distintos gabinetes, tanto de Ministra de Salud, de Subsecretaría de Salud Pública, del Instituto de Salud Pública de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Actualmente se desempeña como consultor de Salud y Migración de la Organización Internacional para las Migraciones - OIM. Es académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, adscrito al programa de Salud Global y sus áreas de desarrollo en investigación son diseño, implementación y evaluación de políticas de salud, salud y migración, análisis de actores y capital social y salud.

Email: alalarcon@iom.int

Margarita Bernales, PhD

Psicóloga Clínica y Magíster en Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctora en Salud Comunitaria de The University of Auckland, Nueva Zelanda. Docente – Investigador, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: antropología de la salud, competencia cultural, salud de género y procesos de desigualdad social en salud.

Email: margaritabernales@udd.cl

Báltica Cabieses, PhD

Epidemióloga social. Profesor titular de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Visiting Scholar at the Department of Health Sciences at the University of York, y Associate Epidemiologist at the Bradford Institute for Health Research. Encargada del Programa de Estudios Sociales de la Universidad del Desarrollo. Vice-Presidente Sociedad Chilena de Epidemiología, miembro de red internacional de bienestar infantil INRICH, miembro de red global de salud de migrantes (ambas por invitación). Líneas de investigación: migración y salud; desigualdad social y equidad en salud y salud global.

Email: bcabieses@udd.cl

Dra. María Teresa Escobar, MSc(c)

Médico Cirujano y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Chile. Candidata a Magíster en Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Directora de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago. Áreas de desarrollo Promoción de la Salud con enfoque intersectorial, y Mejoramiento al Acceso a la Salud con enfoque de Derecho y Equidad.

Email: direcciondesalud@saludstgo.cl

Jossette Iribarne, MSc(c)

Ingeniera Comercial, con formación en el área de investigación social y salud pública. Se ha desempeñado en el ámbito público en temas de migración, pueblos indígenas, discapacidad, estadísticas de salud, investigación social, además de desarrollo de políticas públicas. Hoy se desempeña como encargada del área de Migración y Salud, en la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública.

Email: jiribarne@minsal.cl

Ana M McIntyre, MSc

Tecnólogo Médico, Universidad de Chile. Especialidad Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Investigación en Salud con enfoque Traslacional, Universidad del Desarrollo. Instructor Adjunto de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Carreras de Enfermería y Medicina. Investigador Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile.

Email: ammcintyre@udd.cl

Victor Pedrero, MSc

Enfermero, Especialista en Cardiología y Magíster en Medición y Evaluación de Programas Educativos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor Asistente e Investigador, Programa de Estudios Sociales en Salud Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Líneas de investigación: competencia cultural en trabajadores de la salud, aplicación los modelos de variables latentes en investigación salud, y estudio de propiedades psicométricas.

Email: vpedrero@udd.cl

Florencia Saffirio, BSc.

Trabajadora Social Pontificia Universidad Católica de Chile y Candidata a Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Desde el año 2014 se desempeña como Coordinadora Nacional del Área Social del Servicio Jesuita a Migrantes. Con experiencia en trabajo con: comunidades locales, población en situación de vulnerabilidad, gestión comunitaria, temáticas de género, interculturalidad y políticas sociales.

Email: florencia.saffirio@sjmchile.org

Claudia Silva Dittborn, PhD

Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile y PhD en Sociología por la Universidad de Bonn en Alemania. Sus temas de especialización son migración y diversidad cultural. Actualmente trabaja como jefa de la sección de estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior de Chile. Es académica de la Pontificia Universidad de Chile y fue directora de Escuela de Trabajo Social de la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar.

Email: casilva@interior.gov.cl

8. Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior de Chile en la organización y gestión de esta mesa de trabajo, especialmente a Rodrigo Sandoval en su calidad de Jefe Nacional.

"Este libro, en el contexto de la literatura en salud y migración en Chile, es en definitiva, uno de los libros más destacados y apremiantes escritos en los últimos tiempos... En su intenso recorrido va hilvanando la mirada de los distintos actores institucionales que ponen de manifiesto cómo la migración se vincula con la salud y lejos de verse como un servicio, poco a poco se va convirtiendo en una especie de entramado social de políticas públicas"

Norberto Girón, OIM – Jefe de Misión Chile



"La evidencia presentada en este libro ayuda a construir una imagen mucho más clara de las necesidades de salud de los migrantes y su comportamiento relacionado con la salud a lo largo de diferentes partes del país, destacando la diversidad de las poblaciones migrantes en todo Chile. Los estudios presentados aquí demostrarán ser una herramienta muy valiosa para los responsables políticos para garantizar un uso más eficaz de los recursos"

Jasmine Gideon, Birkbeck, University of London