DEMOSCOPICA
Estudios Sociales y de Opinión - Consumo y Mercado - Comunicaciones

INFORME FINAL

"DIAGNÓSTICO Y FACTIBILIDAD GLOBAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS LOCALES DE SALUD PARA INMIGRANTES EN LA ZONA NORTE DE LA REGIÓN METROPOLITANA"

Este estudio ha sido patrocinado por la Organización Internacional para las Migraciones sede Chile – OIM –

El Ministerio de Salud, a través del Grupo de Trabajo en Salud de Inmigrantes y Refugiados – SIR – ha sido el organismo solicitante de este estudio y contraparte técnico.

Con todo, las opiniones vertidas en este estudio son de exclusiva responsabilidad de la consultora Demoscópica, ejecutante del trabajo.

Enero 2009

INDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO 4

1.1 Carácter y Objetivos del Estudio 4

1.2 El fenómeno migratorio externo 5

1.3 Normas Internacionales y Nacionales en materia de Migración 6

1.4.1. Marco Jurídico Internacional. 6

1.4.2 Marco Jurídico Nacional 10

1.4 Diagnóstico Socioeconómico y de Salud de la Población Inmigrante residente en Comunas de la Zona Norte de Santiago 13

1.5 Entrevistas en Profundidad a Actores Clave 14

1.6 Focus Groups con Población Inmigrante 16

1.6 Diseño del Plan Piloto en Salud para Población Inmigrante residente en la zona norte de Santiago. 18

1.7 Criterios Orientadores del Plan Piloto. 19

1.8 Ventajas de implementar un Plan Piloto en SSMN 20

1.9 Ámbitos de Acción del Plan Piloto 20

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO Y PLAN PILOTO 21

3. SÍNTESIS DE RESULTADOS POR MÓDULOS 23

3.1 Síntesis Revisión y Conciliación Normas Nacionales e Internacionales en Salud e Inmigración 24

3.1.1 Síntesis Marco Jurídico Internacional 29

3.1.2 Síntesis Experiencias Internacionales 30

3.1.3 Síntesis del Marco Jurídico Nacional 31

3.1.4 Síntesis Experiencias Nacionales 32

3.1.5 Conclusiones Generales 33

3.2 Síntesis Fase Cuantitativa: Diagnóstico Socioeconómico SSMN y Encuesta a Inmigrantes 34

3.2.1 Características sociodemográficas de los inmigrantes 34

3.2.2 Principal razón por la que se vino a Chile 44

3.2.3 Posesión y vigencia de cédula de identidad chilena 45

3.2.4 Inmigrantes y condiciones de la Vivienda 46

3.2.5 Características del nivel educacional de los inmigrantes 49

3.2.6 Inmigrantes y situación ocupacional 51

3.2.7 Inmigrantes y situación de pobreza y distribución de ingresos 51

3.2.8 Inmigrantes y situación de salud 55

3.2.9 Módulo Amnistía 71

3.2.10 Síntesis de Resultados 75

3.3 Síntesis de resultados fase cualitativa: entrevistas a actores clave 82

3.3.1 Principales Problemas de los Inmigrantes en Chile. Panorama General 82

3.3.2 Principales Problemas de los Inmigrantes en el Ámbito de la Salud. 83

3.3.3 Sugerencias de Plan Piloto. 84
3.3.4 Facilitadores o Elementos Disponibles para Implementar Piloto. 86

3.4 Síntesis de Resultados Fase Cualitativa: Focus Groups con Población Inmigrante 87
3.4.1 Características de los Participantes 87
3.4.2 Percepciones sobre Salud y Enfermedad 89
3.4.3 Autopercepción de Salud Personal y Familiar. 91
3.4.4 Experiencias y Percepciones sobre el Acceso a los Servicios de Atención en Salud. 94
3.4.5 Mecanismos Utilizados en Salud. 95
3.4.6 Barreras en el Acceso al Sistema y Centros de Atención en Salud. 101
3.4.7 Evaluación de la Atención en Salud 103
3.4.8 Determinantes Sociales de Salud. 105
3.4.9 Conocimiento de Derechos en Salud para Inmigrantes 112
3.4.10 Propuestas para Mejorar la Integración de los Inmigrantes al Sistema de Salud. 113

4 MARCO DE REFERENCIA PARA PLAN PILOTO 116

5 PROPUESTA DE CARTERA DE SERVICIOS DEL PLAN PILOTO 123

5.1 Definiciones Básicas 123

5.2 Criterios Orientadores del Plan Piloto 123

5.3 Ventajas de implementar un Plan Piloto en SSMN 124

5.4 Ámbitos de Acción del Plan Piloto 125
5.4.1 Ámbito 1: Información de Derechos y Deberes 127
5.4.2 Ámbito 2: Acceso a la Atención en Salud 133
5.4.3 Ámbito 3: Calidad de la Atención en Salud 142

6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE PLAN PILOTO 149

7. BIBLIOGRAFÍA 154

8. ANEXO N° 1: MARCO REFERENCIAL DE CARTERA DE SERVICIOS CESFAM 157

9. ANEXO N° 2: INFORME DE RESULTADOS Nº1 162

10. ANEXO N° 3: INFORME DE RESULTADOS Nº2 162

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 Carácter y Objetivos del Estudio

El presente estudio responde al interés manifestado por el Ministerio de Salud de Chile y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) por realizar un diagnóstico de la población inmigrante residente en la zona norte de Santiago, en particular de las comunas que componen el Servicio de Salud Metropolitana Norte, y por generar propuestas para la implementación de políticas locales de salud para dicha población.

Para lograr un adecuado desarrollo de sus tareas, el Ministerio de Salud cubre el territorio nacional a través de unidades geo-administrativas de gestión, planificación y administración denominadas Servicios de Salud y cuya principal función, es la de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial[1] de su jurisdicción territorial a modo de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas acorde a las políticas, normas, planes y programas del Ministerio.

Así, ha sido de interés del presente estudio conocer la situación de la Inmigración externa en las comunas del **Servicio de Salud Metropolitano Norte**. El Servicio de Salud Metropolitano Norte, es uno de los seis Servicio de Salud de la Región Metropolitana y uno de los 28 Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile. Según la División Político-Administrativa comprende:

- las comunas urbanas de la Provincia de Santiago: Independencia, Recoleta, Conchalí, Huechuraba y Quilicura y
- las comunas mixtas (con área urbana y rural) de la Provincia de Chacabuco: Lampa, Colina y Tiltil.

El propósito del presente estudio es proponer un plan piloto de atención en salud de la población inmigrante que vive en las comunas de la zona norte de la Santiago. Para cumplir con dicho objetivo, se procedió a recopilar información secundaria y primaria útil y pertinente que permitiera contar con un diagnóstico de la situación de los inmigrantes en el país, respecto a: legislación nacional e internacional sobre temas migratorios, experiencias nacionales e internacionales en materia de atención en salud a población inmigrante, información epidemiológica de las comunas de la zona norte de la Región Metropolitana (RM) y resultados de la encuesta CASEN 2006, entre otros.

La información primaria se obtuvo en dos módulos, uno cualitativo, a través de la realización de 4 Focus Groups con inmigrantes regulares y no regulares residentes en comunas de la zona norte de Santiago, y de la realización de 8 entrevistas en profundidad a informantes o actores clave relacionados

[1] La Red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deben colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

con la población inmigrante. El módulo cuantitativo, obtuvo información a través de la aplicación de una encuesta a 132 familias de inmigrantes residentes en las comunas de Independencia y Recoleta.

Una vez recopilada toda la información, se procedió a sistematizarla, analizarla y validarla a través de la realización de una serie de talleres de trabajo con expertos de diferentes disciplinas, para de este modo aproximarse en forma sucesiva a la elaboración del plan piloto de atención en salud para la población inmigrante residente en las comunas de la zona norte de Santiago.

1.2 El fenómeno migratorio externo

En la actualidad, el fenómeno de las migraciones cobra una importancia a nivel mundial cada vez mayor. En parte, esto se relaciona con la creciente magnitud y visibilidad que ha adquirido el tema, y que se ve reflejado en algunas cifras disponibles: existen 175 millones de personas migrantes en el mundo, lo que representa cerca de un 3% de la población mundial. Esto último, además de representar un incremento por sobre el 100% respecto al año 1970, da cuenta de una tendencia de crecimiento sistemático, de acuerdo con la cual, se estima para el año 2.050, que 230 millones de personas serían migrantes.[2]

Más allá de las cifras, la visibilidad del fenómeno migratorio como *problemática* radica en lo contradictorio que resulta su inserción en el actual proceso de globalización. Este proceso por un lado, estimula el crecimiento económico a través de la movilidad del capital entre los diferentes mercados pero, por otra parte, generaría en buena medida un incremento de las diferencias económicas entre regiones más y menos desarrolladas[3]. En particular, en las últimas décadas, la brecha socioeconómica entre diferentes países como al interior de ellos, se ha intensificado. Muchas veces es justamente la voluntad de escapar de la pobreza, los conflictos políticos y las guerras, o buscar mejores condiciones de vida y oportunidades, lo que genera estos movimientos de personas. En este escenario, la mano de obra inmigrante circula por diversos países con la esperanza de ser acogidos y poder asentarse con mayores oportunidades laborales y de mejorar su calidad de vida.

Los países receptores de personas inmigrantes, no pocas veces proceden de manera contradictoria frente a este fenómeno. Por una parte aplican políticas migratorias restrictivas, lo que determina que muchas veces un número importante de personas, decida quedarse en un país incluso en forma no regular con todo lo que ello implica, como tener que asumir y adaptarse a vivir en situación de vulnerabilidad, marginación y exclusión social, ya que por ser no regulares no pueden acceder a un trabajo legal, a la educación y atención en salud, a arrendar una vivienda a precios justos, a la libre circulación y al derecho a sindicalizarse, entre muchas otras situaciones. Por otro lado, muchas veces los países receptores necesitan de esta población para que realice trabajos que la población nacional no desea asumir, en particular aquellos trabajos de menor calificación

[2] Mujica, J (2004): "El desafío de la solidaridad: Condiciones de vida y de trabajo de los migrantes peruanos en Chile". OIT/Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Lima, Perú. En: http://www.oit.org.pe/proyectoactrav/pdf/doc_178/doc178.html Visitado: semana del 20 de agosto.
[3] Stefoni, C. (2003): "Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración". Flacso-Chile. Editorial Universitaria. Santiago.

Considerando lo anterior, es que muchos Estados se han visto obligados a implementar acciones y estrategias adecuadas que por una parte sirvan para proteger los intereses y los derechos humanos de los inmigrantes, y por otra, que resguarden los intereses y derechos de la sociedad del país que los acoge.

A la luz de la experiencia internacional, se observa que el camino más adecuado para enfrentar el fenómeno migratorio externo, no es frenarlo ni suprimirlo, sino que entregar las condiciones para que las migraciones se realicen en un contexto legal, que garantice el respeto de los derechos humanos, la supervivencia económica y la interdependencia, para lo cual es imprescindible establecer una estrecha colaboración entre los países de origen y de llegada de las personas inmigrantes, promoviendo de este modo una mayor integración entre los países y facilitando y garantizando el respeto de los derechos humanos de las personas migrantes.

Actualmente Chile es país receptor de migrantes. Esto debido principalmente a que es percibido en la región como un país con mayor estabilidad política y social, y con mejores oportunidades económicas y laborales, lo que ha implicado que en los últimos años se observe un crecimiento sostenido de la población inmigrante en el país. Según datos provenientes del Censo 2002, residirían en el país un total de 184.464 personas de origen extranjero, los cuales provendrían principalmente de los países fronterizos como Perú, Argentina y Bolivia, más otros países de la región.

Tres tendencias principales se observan en la población inmigrante en Chile:[4]

a. En primer lugar podemos constatar una consistencia con una tendencia mundial y que dice relación con un proceso de feminización de las migraciones (Nuñez y Torres, 2007).
b. En segundo lugar, en lo que respecta a la composición etaria, constatamos que adquieren mayor significación los tramos más jóvenes y que por tanto, se encuentran en edad laboral.
c. En tercer lugar, respecto al nivel educacional, observamos un aumento importante en los años de estudio. En el conjunto de la población inmigrante, el mayor aporte lo hace la población de origen peruano.

A continuación, se presenta una síntesis de los principales hallazgos del estudio, considerados como base para la elaboración y diseño del plan piloto en salud para la población inmigrante de la zona norte de Santiago.

1.3 Normas Internacionales y Nacionales en materia de Migración

1.4.1. Marco Jurídico Internacional.

El derecho de los migrantes a la salud está consagrado en diversos instrumentos de derecho internacional, los cuales emanan de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De ellos se desprenden un conjunto de pautas y orientaciones, tanto genéricas en el sentido que este es un derecho humano inalienable, como en forma explícita, a través de diferentes instrumentos jurídicos, como es la reciente Convención sobre los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias en vigencia desde el año 2003, y ratificada por Chile el año 2005.

[4] Solimano, A. y Tokman, V. (2006): "Migraciones internacionales en un contexto de crecimiento económico: el caso de Chile". Series Macroeconomía del desarrollo. CEPAL. Santiago.

Habría que señalar además, que de acuerdo a la Convención de Viena del año 1963, los Tratados Internacionales tienen un carácter consuetudinario, es decir, que los países firmantes están obligados a dar cumplimiento al tratado, sin embargo, no existe un organismo que los obligue por la vía de la coerción a que cumplan dichos acuerdos.

Chile ha suscrito un conjunto de instrumentos jurídicos que estipulan la obligación de parte de los gobiernos de proveer a la población migrante diferentes tipos de derechos, entre éstos podemos mencionar los siguientes:

Instrumento Jurídico	Firma / Entrada en Vigor	Ratificación por Chile
Constitución Organización Mundial de Salud (OMS)	1946/1948	1948
Declaración Universal de los Derechos Humanos (UDHR)	1948	1948
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR)	1966/1976	1972
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR)	1966/1976	1972
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (ICERD)	1965/1969	1971
Convención Internacional sobre la Protección de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias (MWC)	1990/2003	2005

Estos instrumentos de carácter internacional, lo que buscan es entregar lineamientos a los gobiernos según los cuales, deben orientar el cumplimiento progresivo de los mismos, como también facilitar una debida adecuación de la legislación interna de los países, y crear las condiciones que permitan avanzar en el cumplimiento del mandato de asegurar algunos derechos económicos, sociales, políticos y civiles entre otros.

En particular, el derecho a la salud está expresado explícitamente en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud del año 1946 y se define como: **"*un completo estado de bienestar, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*"**. En este documento también queda establecido un principio fundamental respecto a lo que se debe entender por derecho a la salud, señalando que: **"*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza religión, ideología política o condición económica o social*".**

Una segunda referencia sobre el derecho a la salud, la encontramos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948. En su artículo 25.1 se señala que **"*toda persona tiene el 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, y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por causas independientes a su voluntad*".**

A pesar de lo ya señalado, tanto la Constitución de la OMS como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, por su naturaleza y estatus jurídico, no tienen carácter vinculante para los

gobiernos suscriptores y sólo son una manifestación de voluntad para avanzar progresivamente en el cumplimiento de dichos derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Como una forma de hacer más efectivos los principios que establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el año 1966 algunos países, entre ellos Chile, suscribieron dos convenios internacionales: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR).

Con relación al derecho a la salud, el ICESCR ocupa un lugar central. Este instrumento establece el derecho a la salud con un rango jurídico de mayor peso (OMS, 2005: 32), e indica que **"*los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*"** (ICESCR, Artículo 12.1).

De otra parte, habría que señalar que el ICESCR en su artículo 12.2, estipula un conjunto de medidas que aconseja a los Estados impulsar con el propósito de asegurar la plena efectividad de este derecho, como son:

a) Reducir la mortinatalidad[5] y la mortalidad infantil[6], y lograr el sano desarrollo de los(as) niños(as);
b) Mejorar en todos sus aspectos la higiene en el trabajo y el medio ambiente;
c) Prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
d) Crear las condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Como complemento a lo anterior, se debe mencionar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, 1966), que consigna un conjunto de principios y derechos que son parte integrante del derecho para entregar "plena realización" al derecho de la salud y es la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD). Este instrumento es considerado como la fuente más autorizada, amplia y completa del derecho internacional relativa a la discriminación racial, ya que la prohibición y eliminación de la discriminación racial en todas sus formas, supone asegurar a toda persona la condición de igualdad ante la ley.

También el derecho a la salud para todas las personas, incluidas los inmigrantes, está representado en otros instrumentos de carácter más específico, como son la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC). Según la CEDAW, los estados partes están obligados a garantizar a toda mujer, ciudadana o no, el acceso a los servicios de atención médica en igualdad de condiciones que la población masculina, asimismo proveer de servicios apropiados relacionados con el embarazo, el parto y el periodo post-parto (CEDAW, Art.12). El CRC por su parte, en su artículo 24, reconoce el derecho para todo niño el más alto nivel de salud posible (CRC, Art. 24).

[5] Tasa de Mortinatalidad: es el número de defunciones fetales tardías por 1.000 nacidos vivos en un determinado año. Corresponde al período antes de su expulsión o de su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. En http://sir.mideplan.cl/glosario/glosario.html

[6] Tasa de Mortalidad Infantil: es el número de defunciones de menores de un año en un determinado año, por 1.000 nacidos vivos en dicho año. En http://sir.mideplan.cl/glosario/glosario.html

Además de los instrumentos anteriormente descritos, a nivel regional existen un conjunto de Tratados, entre ellos la Convención Interamericana de Derechos Humanos firmada en el año 1969 y en vigencia desde el año 1978, el que fue ratificado por Chile en el año 1990.

Finalmente, como una forma de explicitar el conjunto de derechos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos para la población inmigrante, se han diseñado a partir de diversas iniciativas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización de Naciones Unidas (ONU), dos instrumentos que expresan explícitamente el derecho al resguardo de los derechos humanos de los inmigrantes en los países que los acoge: el Convenio OIT Nº 97 que dice relación sobre los trabajadores inmigrantes, suscrito en el año 1949 y en vigencia desde el año 1952; y el Convenio OIT Nº 143 suscrito el año 1976 y en vigencia desde el año 1978. Estos instrumentos hacen referencia específica para el conjunto de los trabajadores migrantes, disposiciones sobre el derecho a servicios de seguridad social, entre ellos los de salud (Convenio OIT Nº 97, Art. 6.1.a); como asimismo sobre el carácter extendido de éstos al conjunto de los trabajadores migrantes, con independencia de su condición jurídica (Convenio OIT Nº 143, Art. 1). Cabe tener presente, que estos Convenios hasta el momento no han sido ratificados por Chile.

No obstante, podemos señalar que ambos convenios de la OIT, en algunas de sus disposiciones, también están expresadas en la Convención Internacional sobre la Protección de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias (MWC), la que sí ha sido ratificada por nuestro país en el año 2005. Esta Convención es considerada como el logro más importante en los últimos años en materia de protección de los derechos de los trabajadores migrantes.[7]

El objetivo subyacente de la MWC, en continuidad con lo expresado en el artículo 1 del Convenio 143 de la OIT, es "*asegurar que los Tratados contengan disposiciones que obliguen a los Estados Partes a poner en vigor la protección de los derechos humanos de los trabajadores migrantes que puedan encontrarse como no documentados o en situación irregular*"[8]

Para ello, dicho instrumento contempla una serie de disposiciones que, además de ratificar la igualdad de derechos de los trabajadores migratorios en condición de regularidad con respecto a los ciudadanos de los países receptores, permita proveer a los migrantes en situación no regular de un nivel mínimo de protección social. En particular, para el ámbito de la protección de salud se reconoce en este instrumento el derecho de todos los trabajadores migratorios y sus familiares a recibir cualquier tipo de atención médica urgente (MWC, Art. 28).

Respecto a los derechos garantizados para el conjunto de los trabajadores migrantes y sus familias, con independencia de su condición jurídica, además del ya antes señalado, se encontrarían un conjunto de otros derechos económicos, sociales y culturales, los que como hemos señalado, son condición necesaria para la realización efectiva del estado de pleno bienestar *biopsicosocial*. Entre estas disposiciones cabe destacar:

a. El derecho a la vida (Art. 9).

[7] OMS (2005): "Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos". OMS. Ginebra, Suiza.
[8] Perruchoud, R. (2001): "Normas legales para la protección de los trabajadores migrantes". CEPAL/CELADE: Notas de Población Nº 73. Serie LC/G 2.124. En: http://www.cimal.cl/publicaciones/documentos/Documento_trabajo_cimal_01.pdf, (edit.) (2006): "Glosario sobre migración". OIM. Ginebra, Suiza. Visitado: semana del 9 de julio.

b. Prohibición de ser sometido a torturas, tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (Art. 10).
c. Prohibición de ser sometido a injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o correspondencia (Art. 14).

Ahora, dentro de los derechos que se consagran en el Convenio, con exclusividad, esta vez, para el conjunto de trabajadores migrantes y sus familias en condición de regularidad, en términos de la realización del derecho a la salud, se pueden destacar los siguientes:

a. La igualdad de trato respecto a los nacionales en el acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes (Arts. 43.e y 45.c).
b. Acceso a servicios e instituciones de enseñanza, con sujeción a los requisitos de admisión y otras reglamentaciones de las instituciones y servicios de que se trate (Arts. 43.a y 45.a).
c. El acceso a la vivienda, con inclusión de los planes sociales de vivienda, y la protección contra la explotación en materia de alquileres (Art. 43.d).
d. El acceso a la vida cultural y la participación en ella (Arts. 43.g y 45.d).

De esta manera, podemos señalar que la celebración del MWC ha significado un gran avance en materia de la protección de los derechos humanos de los trabajadores migratorios, en cuanto ha permitido especificar la atingencia de los derechos establecidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos y otros instrumentos genéricos de derecho internacional.

1.4.2 Marco Jurídico Nacional

En la legislación nacional, no se cuenta con un marco normativo explícito que aborde para la población inmigrante el tema de la protección social en general, y la de la salud en particular. Esto ocurre, pese a la vigencia de un conjunto de Tratados con países de la región, como por ejemplo el que crea la categoría de habitante de zona fronteriza (Ley 19.581 de 1998) y el de Proyectos de Cooperación en Materias Laborales y Migratorias con el Perú (Consejo de Integración Social Peruano-Chileno, 2007).

En función del análisis que interesa al presente estudio, se pueden considerar las siguientes fuentes de derecho:

a. Contenidos de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos firmados por Chile
b. Legislación Migratoria
c. Legislación Sanitaria del Derecho a la Salud y disposiciones acerca de su provisión.

a) Tratados Internacionales

Chile ha firmado y ratificado un conjunto de Tratados de derecho internacional humanitario. Del contenido de estos instrumentos, se desprende un conjunto de principios que obligan a Chile a dar cuenta de los progresos efectivos que se han logrado respecto a un conjunto de materias especificadas en los mismos, una de ellas, dice relación con proveer de servicios de salud a la población inmigrante, en grados diferenciados según el status jurídico de ellos, es decir, se encuentren en situación regular o no regular.

b) Legislación Migratoria

El marco jurídico relativo a la migración en Chile, se expresa básicamente en dos instrumentos centrales: la Ley 1.094 del año 1975, conocida como *Ley de Extranjería*, y el Decreto Supremo Nº 597 del año 1984 que corresponde al reglamento de extranjería.

La ley de extranjería, estipula un conjunto de disposiciones generales que reglamentan aspectos tales como el ingreso al país, la residencia, la permanencia definitiva, egreso y reingreso al país, expulsión, control de extranjeros, recursos, etc. Este instrumento además establece cuáles son los diferentes tipos de visado a los que pueden acceder los extranjeros cuando ingresan y permanecen en Chile, a saber:

1. Turista
2. Residentes; que pueden asumir la condición de estudiantes, personas sujeto a contrato laboral, residente oficial o diplomático, asilado o refugiado político, tripulante o temporario.
3. Permanencia definitiva

A partir de esta definición, la legislación migratoria nacional establece una serie de habilitaciones e inhabilitaciones para los extranjeros que se encuentren en el territorio nacional.

Una de ellas es la de realizar actividades remuneradas en territorio nacional, las que pueden desarrollar todos los inmigrantes, con excepción de los extranjeros en condición de estudiante, turistas y residentes oficiales o diplomáticos. Estos últimos sólo están habilitados para realizar actividades referidas a una destinación diplomática. La posibilidad que puedan tener los inmigrantes de realizar actividades remuneradas, sin duda es un punto central, ya que ello constituye el elemento principal de inserción en Chile a través de la incorporación al sistema de protección social, entre ellos la atención en salud.

Para ello, la obtención de la cédula de identidad es condición necesaria para que las personas en condición de inmigrantes puedan acceder a los servicios de salud. Según el D.S. Nº 597 del año 1984, los extranjeros mayores de 18 años, se excluye a los turistas y residentes oficiales, que manifiesten su voluntad de permanecer en el país, deberán comparecer ante el Registro Nacional de Extranjeros a inscribirse e iniciar el proceso de obtención de una cédula de identidad personal, que se denomina carné de extranjería.

No obstante lo anterior, debemos señalar que existe un conjunto de disposiciones específicas que impiden el ingreso de algunas personas, en especial aquellas en que su presencia es considerada un peligro para Chile, respecto de poner en riesgo la política interna del país. Otra causal de impedimento para ingresar al territorio nacional, es carecer de una profesión o estar impedido de ejercerla, o no contar con recursos propios que le permitan subsistir en Chile y que por ello podrían constituirse en una carga social para Chile. Relacionado con esto último, y como otro rasgo constitutivo de la legislación migratoria en nuestro país, es que no se considera la categoría de inmigrante económico.[9]

[9] Stefoni, C. (2003): "Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración". Flacso-Chile. Editorial Universitaria. Santiago.

c) Legislación Sanitaria del Derecho a la Salud y Disposiciones acerca de su Provisión

Se puede señalar como fuente primordial del respeto de los derechos humanos en el país, y entre ellos, el derecho a la salud, a la Constitución Política del Estado del año 1980. Según su artículo 19, se reconoce a todas las personas, sin distinción alguna, entre otros derechos, el igual acceso a la protección de la salud, incluyendo el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud (Constitución de 1980, Art. 19.9).

Lo anteriormente señalado, es reconocido entre otras fuentes por la Ordenanza Nº 09564 del Departamento de Extranjería al SSMN del año 1993. No obstante lo anterior, dichas disposiciones están concebidas a un nivel *discrecional* por parte de los funcionarios de los servicios de salud, los que se verían más inclinados hacia los contenidos especificados en la normativa sanitaria vigente en el país.[10]

La actual legislación de salud en el país, se fundamenta en la Ley Nº 18.469 del año 1985 en que ***regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud***. Además regula el derecho constitucional de acceso a los servicios de salud, estableciendo un sistema de prestaciones bajo dos modalidades: público y privado.

Según el artículo 2 de dicha normativa ***"los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados para este efecto"*** y establece quienes tienen derecho a afiliarse a este sistema: los trabajadores dependientes de los sectores público y privado, los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión, las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios y las personas que gocen de pensión provisional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía. No obstante lo anterior, se explicitan también algunas excepciones: las mujeres en condición de embarazo, como asimismo los niños hasta los seis años de edad.

De otra parte, la ley establece una nueva disposición referida a los inmigrantes no regulares en cuanto su condición de no beneficiarios del sistema de salud pública. Según esta: **"*En casos de emergencia o urgencia debidamente certificados por un médico cirujano (…) se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención*".**

La legislación existente actualmente en el país, carece de referencias explícitas acerca de cuáles son los derechos sociales a los que tienen derecho el conjunto de la población migrante no regular. Sin embargo, en el ámbito específico de la salud estos derechos han sido aclarados a través del Ordinario Nº3229 del Ministerio de Salud, referido a la "Atención en salud de Población Inmigrante en Riesgo Social y Permanencia No Regular" emitido con fecha 11 de junio de 2008. Dicho ordinario señala que las acciones de promoción y protección de la salud están garantizados para "toda la población que habita el territorio nacional". Junto a lo anterior, garantiza la atención en salud, a través de la

[10] Araujo, K; Legua, M; Ossandón, L. (2002): "Migrantes andinas en Chile: el caso de la migración peruana". Fundación Instituto de la Mujer. Santiago.

regularización de su situación migratoria, a todos los menores de 18 años y mujeres embarazadas, junto con asegurar la atención de urgencia a los inmigrantes no regulares que así lo requieran[11].

De acuerdo a lo ya expuesto, es posible concluir que en el ámbito de atención en salud, en particular en el sistema público de salud, la población regular accede a los mismos derechos y servicios que la población nacional. Por otra parte, la población inmigrante no regular, con excepción de los menores de 18 años, mujeres embarazadas y personas que requieran atención de urgencia, no puede acceder a todas las prestaciones del sistema de público de salud, en la medida que no cumplen con la normativa de Extranjería para residir en el país y por lo tanto, acceder a dicho sistema.

1.4 Diagnóstico Socioeconómico y de Salud de la Población Inmigrante residente en Comunas de la Zona Norte de Santiago

A continuación se presentan los hallazgos más importante obtenidos a partir de la encuesta CASEN 2006 y de la encuesta a familias inmigrantes residentes en las comunas de Recoleta e Independencia.

Según la Encuesta CASEN 2006, en las comunas de SSMN el 1,9% corresponde a población inmigrante externa, porcentaje que equivale a un total de 13.000 personas se ubican principalmente en las comunas de Independencia, Recoleta, Quilicura y Huechuraba.

De las ocho comunas pertenecientes al SSMN, dos de ellas concentran casi el 70% de la población inmigrante, Independencia con un 36,1% y Recoleta con un 33,8% De éstas personas, un 66,6% proviene del Perú, un 14,7% de Argentina, y el resto de otros países, la mayoría de países de la región.

De acuerdo a la misma medición, la distribución por sexo de los inmigrantes entrevistados es bastante homogénea (49,1% de hombres y 50,9% de mujeres). Respecto a la distribución por edad, la frecuencia modal se ubica en el tramo de 30 a 44 años (35,5%), mientras que los menores de 18 años constituyen el 26% del total, seguido por el tramo siguiente de 18 a 29 años que alcanzan el 26,8%. El restante 11,3% corresponde al grupo de 45 o más años.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta que se aplicó a 132 familias de inmigrantes residentes en las comunas de Recoleta e Independencia, se puede observar que un 59,8% de estas personas señalan que la búsqueda de mejores oportunidades económicas fue la principal razón que tuvieron para venirse a Chile, siendo la reunificación familiar, con un 28%, la segunda razón.

De otra parte, cerca de la mitad de los inmigrantes (47,2%) declara haber llegado a Chile después del 2002. El 37,5% de ellos llegaron hasta el año 2002 y un 13,8% nació en Chile, con fuerte concentración en las edades menores.

La mayor parte de las personas que componen la muestra son peruanos (82,1%). En segundo lugar, están los chilenos (13,8%) y el restante 4% se distribuye entre otras siete nacionalidades. El 97,7% de los peruanos, vivieron en Perú antes de venir a Chile, situación que se repite entre los inmigrantes de

[11] Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 11 de junio de 2008 en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_inmigrante/Ordinario_sobre_inmigrantes_No_3229_del_110608.pdf

otros países (su país de origen coincide con el último país en donde vivieron), es decir, el tránsito entre otros países, antes de elegir Chile como destino, es casi inexistente.

En la misma encuesta, se observa que cerca de la mitad de las familias entrevistadas (47,7%) cuentan con una estructura nuclear biparental, seguidas por las familias extendidas (36,2%), que pueden ser monoparentales o biparentales, pero con presencia de otro familiar en su composición, mientras que las familias monoparentales alcanzan al 14,6%.

Con relación al nivel educacional, en la encuesta CASEN se constata que el porcentaje de la población inmigrante que asiste regularmente a un establecimiento educacional es de un 68%, mientras que para la población chilena este porcentaje alcanza al 76%.

Habría que señalar, que el indicador nacional e internacional más reconocido y validado para medir el nivel educacional, son los años promedio de escolaridad y que se calcula para todas las personas mayores de 15 años. En este sentido, se observa que los años promedios de escolaridad para el total de la población de Chile es de 10,1 años y en que este promedio aumenta en 2,7 años para la población inmigrante.

Respecto a la pertenencia o no a un sistema previsional de salud, se observa que los conglomerados de inmigrantes son quienes muestran los mayores porcentajes de no pertenencia, constatándose que más del 15% de ellos y que habitan en las comunas del SSMN, dicen no pertenecer a un sistema previsional de salud.

1.5 Entrevistas en Profundidad a Actores Clave

A partir de la realización de las entrevistas en profundidad a actores clave relacionados con el tema de la migración y provenientes de organizaciones de la sociedad civil, mundo académico, servicios de atención de salud y entidades gubernamentales, se pudo obtener valiosa información para la elaboración del plan piloto de salud para los inmigrantes.

En general, los entrevistados, perciben que el tema de la migración no está en la agenda pública del gobierno, y tampoco visualizan voluntad política de hacerlo. Por otra parte, sus opiniones señalan que los inmigrantes en Chile se pueden caracterizar entre otros elementos, por ser una población esencialmente desconfiada y distante de la población chilena, como también de los beneficios y/o servicios que ofrece Chile, además son personas con poca disponibilidad de tiempo para actividades personales (descanso, recreación, vida familiar, etc.) debido a las largas jornadas de trabajo que desarrollan. Junto a lo anterior, presentan un alto grado de movilidad residencial, lo que dificulta una vinculación más directa que se pueda construir con ellos.

De otra parte, la inmigración es percibida como proveniente de la marginalidad y la pobreza, pero que a pesar de ello, tienen un elevado nivel educacional. Según los entrevistados, la mayor dificultad que el inmigrante tiene en Chile es la regularización de su situación migratoria, particularmente, porque requieren un contrato de trabajo que les permita efectuar dichos trámites de regularización.

También se constata que los principales problemas que los inmigrantes enfrentan en Chile una vez instalados, son la precariedad y la dificultad para insertarse laboralmente en forma estable, hacinamiento en sus viviendas, una desvinculación familiar y de sus redes sociales, además de situaciones de explotación y violencia de la cual son víctimas. También se observa a una población infantil con un bajo nivel de reconocimiento de sus derechos y la percepción de una falta de perspectivas futuras en Chile y diferencias culturales, entre otros.

❖ **Percepción de Principales Problemas de los Inmigrantes en el Ámbito de la Salud.**

En el ámbito de la salud, se percibe que los principales problemas que los inmigrantes deben enfrentar en Chile son[12]:

- **Con relación al servicio público de salud en Chile:** Una falta de coordinación entre las entidades gubernamentales a cargo de las políticas de inmigración y los efectos que esto tiene en la salud de las personas.

- **Con relación al acceso a la atención en salud:**

1. Dificultad para informar adecuadamente a la población inmigrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de la salud.
2. Sobrecarga en los centros de atención primaria de salud y fuerte demanda de la atención por parte de la población inmigrante.
3. Una población inmigrante no regular que genera gasto y no conlleva financiamiento, pues al no tener cédula de identidad, los consultorios no perciben el pago per cápita por dichas personas.
4. Una población inmigrante que afecta la estadística nacional de salud.
5. Un desincentivo por parte del personal de salud para la atención primaria a inmigrantes en situación no regular.
6. Una población inmigrante no regular con mínimas posibilidades de acceso a la atención en los servicios públicos de salud.
7. La atención en la salud primaria no se adecua al horario del inmigrante.

- **Con relación a la calidad de atención brindada:**

Con relación a la calidad de la atención en salud, se percibe la existencia de un conjunto de elementos que actuarían de manera desfavorable para el inmigrante, los que dicen relación con actitudes de discriminación y prejuicios que determinan finalmente la calidad de la atención y favorecen el maltrato.

También se constata la existencia de una serie de elementos en relación al acceso y/o atención en salud, lo que dificulta aún más su situación. Estos son de carácter cultural, económico y social entre los que podemos destacar:

1. La existencia de un sistema de salud del país de origen distinto al chileno.
2. La existencia de una población inmigrante regular y no regular con un bajo nivel de información y/o re-conocimiento de sus deberes y derechos en salud.

[12] Esto no significa que sean las opiniones de los entrevistados, sino lo que ellos perciben que son los problemas que entraban un adecuado acceso a la salud por parte de la población inmigrante

3. Predominio de una población inmigrante joven, que no siempre considera la salud dentro de sus prioridades.
4. Una población inmigrante con menor disciplina preventiva en salud.
5. La existencia de inmigrantes no regulares, que no se atiende por temor a la deportación o pérdida de empleo (por dejar de ir a trabajar o llegar tarde, al concurrir a un centro de atención en salud).

1.6 Focus Groups con Población Inmigrante

❖ Determinantes Sociales de Salud.

A partir de la información recopilada en los Focus Groups, con inmigrantes regulares y no regulares residentes en comunas de la zona norte de Santiago, es posible describir de modo general, las condiciones de vida, sean estas materiales, ambientales y/o biopsicosociales, que influyen o determinan la calidad de la salud de las personas.

Habría que señalar en primer lugar, que de acuerdo a la literatura disponible, existen un conjunto de condiciones sociales en las que transcurre la vida de los individuos, tanto de orden personal como de su entorno inmediato y/o de su contexto general de vida, que dependiendo de cómo actúan éstas, afectan o deterioran la salud, entendiendo que la salud es un estado integrado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo ausencia de enfermedad.

Esto es a lo que se le denomina determinantes sociales de la salud y que se definen como "***las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan y que impactan a la salud. (…) Se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud*** [13].

Entre los determinantes sociales más importantes, podemos mencionar los siguientes:

a. Condiciones materiales y ambientales:
- Situación de regularización en el país.
- Condiciones laborales.
- Nivel educacional.
- Ingresos económicos.
- Calidad de vivienda.
- Atención de salud.

b. Condiciones Psicosociales:
- Bienestar Psicosocial.
- Redes familiares y sociales.
- Conductas y hábitos saludables.
- Hábitos alimenticios.
- Discriminación.

[13] Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2005). Construyendo la nueva agenda social, desde la mirada de los determinantes sociales de salud. Página 43. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/LIBRO_CONDICIONANTES_SOCIALES.pdf

A la luz de la información recopilada en los Focus groups, los principales determinantes sociales (DSS) que estarían influyendo en la calidad de la atención en salud de la población inmigrante en Chile, serían los siguientes:

- **Situación de regularización en el país**

La situación de ser regular o no regular en Chile, es sin duda el más importante determinante social en salud, observándose diferencias significativas en las personas que se encuentran en una u otra situación.

Permanecer en Chile como inmigrante no regular, es una condición social que incide negativamente en el estado de bienestar que puede alcanzar una persona. Esta situación es en la práctica un determinante que limita el acceso a la salud por diferentes razones:

- No tienen derecho a los beneficios sociales, como por ejemplo poder inscribirse en FONASA, y acceder por esta vía a la atención en salud.
- Al no contar con un contrato de trabajo, son vulnerables a los abusos. Ha habido situaciones que por estar en esta condición, no se les cancela lo que les corresponde y además no tienen derecho a ser atendidos en caso de accidentes en el trabajo, aspecto central sobre todo para quienes trabajan en el rubro de la construcción.
- Limita las posibilidades de acceso a beneficios en salud como a otro tipo de beneficios sociales, como por ejemplo acceder a la casa propia.
- Emocionalmente los inmigrantes no regulares, viven en la incertidumbre de cómo enfrentar situaciones de emergencia y de enfermedad, ya que por su condición sienten temor de asistir a los centros públicos de salud, limitando con ello las posibilidades de atención en casos de accidentes o enfermedad como también a una serie de beneficios, como los exámenes preventivos.

A la inversa, estar en condición de regular en Chile actúa como facilitador para lograr el bienestar de las personas inmigrantes. Esto se debe principalmente, a que a través del contrato de trabajo, ellos tienen derecho a inscribirse en el Fondo Nacional de Salud, FONASA y con ello acceder a la atención en salud con todos los derechos asociados e igual a cualquier chileno.

- **Condiciones laborales**

Para las personas en situación de no regular, el trabajar preferentemente en el rubro de la construcción, les implica una alta carga laboral lo que afecta de manera importante su estado general de bienestar. Ellos indican que su trabajo significa un importante esfuerzo y agotamiento debido a dos razones específicas: (1) al tipo de trabajo que desarrollan, implica un gran esfuerzo físico y (2) por lo extendida que son sus jornadas de trabajo, la que muchas veces es de 10 ó 12 horas continuas. Además, esta situación que se ve agravada debido a que se encuentran trabajando de modo informal y sin contrato de trabajo, por lo que no están protegidos antes enfermedades o accidentes laborales.

Las personas en situación regular en cambio, si bien es cierto cuentan con un mayor acceso a la atención de salud que las personas en situación no regular, ellos tienen la dificultad de contar con escaso tiempo disponible para asistir a la atención o control médico, y junto a ello, no se informan de los beneficios a los que tienen derecho.

❖ **Nivel Educacional**

Si bien es cierto el nivel educacional no fue explicitado y no fue señalado como determinante que pueda afectar directamente la situación de salud de las mujeres, se aprecia que son las mujeres en situación regular quienes cuentan con un mayor nivel de escolaridad desde su país de origen.

De lo anterior se puede desprender, que posiblemente el nivel educacional actúe como factor positivo y protector en el cuidado de la salud, es decir, a mayor nivel educacional existiría mayor presencia de conductas y hábitos de autocuidado. Por el contrario, a menor nivel educacional, sobre todo los hombres en situación no regular, menor preocupación por el autocuidado.

❖ **Ingresos económicos**

El ingreso económico, es en general una condición material importante que determina positivamente en "el completo estado de bienestar" de las personas. Se excluyen de esta percepción a las mujeres que se encuentran en situación regular, las que no consideran relevante el ingreso económico. Los hombres en cambio que se encuentran en situación regular, perciben que sus ingresos económicos actualmente no son suficientes para enfrentar los costos que implica el acceso a la salud en Chile, además tienen la percepción de estar cotizando mensualmente para cubrir las necesidades de atención en salud y que sólo utilizan estos servicios ocasionalmente, por lo tanto, lo consideran un gasto excesivo.

Los hombres y mujeres en situación de no regular, son quienes presentan un mayor grado de consenso, respecto a que el ingreso económico es un determinante negativo para acceder a la atención en salud. En este sentido, señalan que sus ingresos económicos se encuentran directamente asociados a su condición de no regular en Chile por no poder contar con mejores ingresos y por lo tanto enfrentar adecuadamente los gastos de salud, generándose así un circulo vicioso entre posibilidad de un mayor ingreso y la posibilidad de acceder a la atención en salud.

❖ **Calidad de la vivienda.**

Las condiciones de la vivienda sí son un tema relevante, aunque se observan diferencias entre los las personas inmigrantes en situación regular y no regular. En particular, los inmigrantes no regulares deben compartir sus viviendas/habitaciones con un mayor número de personas que los inmigrantes regulares, por ello, se observan en el primer segmento condiciones de hacinamiento que deterioran la calidad de vida de las personas.

1.6 Diseño del Plan Piloto en Salud para Población Inmigrante residente en la zona norte de Santiago.

Entenderemos por plan piloto en salud, el conjunto de propuestas articuladas y específicas focalizadas en la población inmigrante, las que deben garantizar el acceso a la atención integral en salud y debe contribuir en un horizonte de mediano y largo plazo, a la plena integración de los inmigrantes en Chile, en el marco del cumplimiento de las normas, programas y políticas en salud, favoreciendo con ello la equidad y respeto de la legislación internacional y nacional vigentes y de los derechos humanos.

Los objetivos específicos que se ha propuesto este plan piloto son:

- ✓ Proveer Información a los inmigrantes regulares y no regulares, sobre los derechos y deberes en materia de regularización, seguridad social y acceso a la atención en salud.
- ✓ Garantizar el acceso a la atención en Salud.
- ✓ Contribuir progresivamente a mejorar la calidad de la atención en salud que entregan los servicios públicos del Servicio de Salud Metropolitano Norte a la población inmigrante tanto regular como no regular.

Las intervenciones propuestas se focalizarían en comunas de la zona norte de santiago, en particular, las comunas del Servicio de salud Metropolitano Norte (SSMN).

1.7 Criterios Orientadores del Plan Piloto.

A partir del conjunto de información recopilada, procesada y analizada, se procedió a elaborar el plan piloto de atención en salud para las comunas de la zona norte de la Región Metropolitana, en particular, considerando las comunas del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

En este sentido, se llegó a la conclusión que el plan piloto debía estar orientado por un conjunto de criterios y principios, tanto respecto al diseño, como a su desarrollo y aplicación.

Estos criterios y principios centrales son:

- ✓ Enfrentar el tema de la atención en salud de los inmigrantes en Chile debe ser una política del Gobierno. Para ello debe manifestar explícitamente su voluntad política.
- ✓ Cualquier intervención en salud, debe regirse por el criterio de adecuación permanente de la oferta sanitaria a la realidad y necesidades de la población inmigrante en materia de salud pública.
- ✓ Asimismo la autoridad sanitaria, debe manifestar públicamente su rol en el ámbito de mantener una vigilancia epidemiológica permanente.
- ✓ Si bien, la atención en salud debe ser considerada como una sola política, tanto para chilenos como para los inmigrantes, es necesario considerar las particularidades de la población inmigrante respecto a la realidad cultural, social y económica de dicha población, más específicamente de los inmigrantes que residen en la zona norte de Santiago. Por ello el plan piloto debe tener un carácter localista, pues responde a dicha realidad.
- ✓ Se debe tener presente que las patologías de los inmigrantes, pueden ser diferentes a las patologías de la población nacional, así como la manera de percibir y enfrentar cada enfermedad.
- ✓ Se debe considerar las similitudes que existen entre la población chilena e inmigrante, en cuanto al acceso a los servicios públicos de salud. Por ejemplo, la calidad de la atención, los tiempos de espera para conseguir hora y para ser atendidos, entre otros.
- ✓ Como criterios generales mínimos, el plan piloto debe contar con una mirada intersectorial, integral y focalizado en la atención primaria, como puerta de entrada al sistema público de atención en salud. En relación a esto, se recomienda:
    - o Desarrollar un trabajo intersectorial. Esto dice relación a que cualquier intervención debe realizarse desde una perspectiva y trabajo intersectorial: educación, salud, vivienda, seguridad social, registro e identificación, extranjería, seguridad ciudadana, entre otros.

- Tener un enfoque de atención Integral. Esto significa que el plan piloto debe tener una visión de integralidad en la atención de salud y debe incluir la prevención, promoción, asistencia, recuperación y rehabilitación.
- Focalizar en la atención primaria. En este sentido, el plan piloto debe orientar sus esfuerzos en los centros de atención primaria, ya que al ser este el primer nivel de atención, es el lugar natural donde se puede captar a esta población y donde además se puede establecer una relación más permanente con el sistema y desarrollar de mejor manera las actividades de promoción y prevención en salud.
- Se debe desarrollar considerando el contexto de interculturalidad. Para ello la aplicación del plan piloto debe tener un enfoque intercultural y a la vez localista, que considere las particularidades de la población inmigrante que reside en las comunas de la zona norte de la RM.

1.8 Ventajas de implementar un Plan Piloto en SSMN

Considerando que el plan piloto debe ser intersectorial, y por lo tanto necesita del esfuerzo y compromiso de los diversos actores involucrados como de la voluntad política para su implementación, éste tendría una serie de ventajas que permitirían fomentar dicho interés y compromiso, a saber:

1. Dar cumplimiento a las garantías que Chile se ha comprometido entregar a través de la firma y ratificación de Convenios y Tratados Internacionales en materia de derechos humanos.
2. Hacer un seguimiento o vigilancia y control epidemiológico, y en particular, monitorear las posibles enfermedades transportadas por la población inmigrante, lo que reporta beneficios tanto para la población local como para la población inmigrante.
3. Promover y garantizar la atención integral en salud. Con ello, se podría manejar de manera oportuna el estado de salud de la población, tener una población más saludable y con ello productiva, lo que deriva en mejores indicadores de salud, impacto positivo en la productividad e indicadores económicos, entre otros.
4. Promover la integración de los diversos sectores de la sociedad, en particular, promover y crear las condiciones favorables que permitan la plena integración de los inmigrantes en Chile en el ámbito laboral, social, educacional, cultural, económico y legal. Ya que se prevé:
   a. Que la demanda por venir a Chile, va a mantenerse o crecer.
   b. Que las enfermedades transportadas (ejemplo TBC) pueden tener un impacto no sólo en la salud de los inmigrantes sino en la población chilena.
   c. Que el bajo acceso a los centros de atención y la sobrecarga laboral de los inmigrantes, puede provocar un empeoramiento del estado de salud de ellos y sus familias (Determinantes Sociales de la Salud), y su consecuente impacto negativo en la productividad y economía nacional.

1.9 Ámbitos de Acción del Plan Piloto

A partir del marco de referencia y los criterios básicos señalados anteriormente, el plan piloto propuesto se implementará en tres ámbitos o líneas de acción centrales:

1. Información sobre derechos y deberes
2. Acceso a la Atención en Salud
3. Calidad de la Atención en Salud

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO Y PLAN PILOTO

Cabe recordar que los objetivos del estudio han sido:

❖ Objetivo General del Estudio:

Proponer, sobre la base de un diagnóstico en salud de los inmigrantes y un análisis del contexto global en el cual se da el fenómeno migratorio en Chile, con énfasis en la Región Metropolitana, zona norte - un plan piloto que contribuya a un horizonte de mediano y largo plazo, a la plena integración del inmigrante en el conjunto de las normas, programas y políticas en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación internacional y nacional vinculados con los inmigrantes y el respeto a los derechos humanos.

❖ Objetivos Específicos del Estudio:

1) Realizar un diagnostico en Salud, sobre la base de la información existente y por construir, de los inmigrantes que se atienden en los hospitales y consultorios correspondientes al Servicio de Salud de la zona norte de Santiago (fundamentalmente en la comuna de Independencia).

2) Precisar el conjunto de aspectos que debiesen ser incorporados en la realización de un plan piloto en la zona norte de Santiago (Comuna de Independencia y Recoleta), que den cuenta de la problemática en la atención en salud para los inmigrantes, considerando los distintos estatus que poseen (irregulares, ilegales, refugiados, entre otros); la composición por sexo y edad.

3) Conciliar para una propuesta de plan piloto, los acuerdos internacionales con las leyes y normativas nacionales que digan relación con el estatus jurídico del inmigrante por un lado, y por otro, aquellas normas que apunten a la atención en salud.

4) Proponer, sobre la base de estudios basados en metodologías cualitativas, como son las entrevistas en profundidad, así como también sus interfases con las normativas internacionales y nacionales en salud, un diseño específico para la realización de un plan piloto en salud que incorpore el conjunto de variables y actores locales, de la sociedad civil, de los conglomerados de inmigrantes, de los servicios de salud, de las autoridades municipales, de los hospitales y consultorios de la zona.

Como se puede observar, las diferentes fases y ámbitos desarrollados en el presente estudio, confluyen para la elaboración del Diseño de este Plan Piloto. Este Plan Piloto se constituye en una herramienta eficaz que se alimenta de toda la información recogida, tanto de la revisión del marco legal nacional e internacional, como de la información recopilada en las etapas cualitativa y cuantitativa. En particular, los objetivos del Plan Piloto son:

❖ **Objetivo General del Plan Piloto:**

Contribuir a un horizonte de mediano y largo plazo a una plena integración del inmigrante en el conjunto de las normas, programas y políticas en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación internacional y nacional, vinculadas con los inmigrantes y el respeto a los derechos humanos.

❖ **Objetivos Específicos del Plan Piloto:**

1) Proveer Información a la población inmigrante regular y no regular, sobre sus derechos y deberes en materia de regularización, seguridad social y acceso a la atención en salud.
2) Garantizar el acceso a la atención en salud a la población inmigrante regular y no regular.
3) Contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud en los servicios públicos de salud del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

3. SÍNTESIS DE RESULTADOS POR MÓDULOS

A nivel general cabe tener presente, que el contexto donde se inserta el plan piloto considera los siguientes aspectos:

- ✓ La llegada de inmigrantes a Chile, muestra un crecimiento sostenido en los últimos años. Es previsible además que dicha demanda se mantenga o incluso aumente.
- ✓ El proceso de regularización, a partir del decreto de Amnistía aplicado a fines del año 2007 y comienzos del 2008, permitió la regularización de poco más de 47.000 inmigrantes que residen actualmente en Chile, con el consecuente efecto natural de demandar un mayor acceso a servicios y beneficios sociales. Sin embargo, es esperable que un porcentaje de inmigrantes se mantenga en situación no regular, y que con la llegada de nuevos inmigrantes, nuevamente se incremente el número de personas en situación no regular, por lo que la demanda de regularización tendería a ser constante, y persistiría en el tiempo un sector de inmigrantes con un velado acceso a los beneficios y servicios sociales básicos.
- ✓ Cabe considerar además que el mantener una vigilancia epidemiológica, sobretodo de las enfermedades transportadas por los inmigrantes, así como adecuar permanente la oferta sanitaria a dicha realidad, permite tener un control acabado no sólo de las enfermedades de los inmigrantes sino también de la población chilena.
- ✓ En términos generales, un bajo acceso a la atención en salud y la sobrecarga laboral que experimenta una parte importante de la población inmigrante que reside en la zona norte de la Región Metropolitana, podría provocar un empeoramiento del estado de salud de éstos y sus familias, con el consecuente impacto que ello tiene en la productividad y economía nacional.

Considerando los puntos anteriores, en esta sección se incorporará una síntesis de los siguientes módulos del estudio:

a. Resultados de revisión de legislación nacional e internacional en materia de Inmigración
b. Resultados fase cualitativa: entrevistas a actores clave
c. Resultados fase cualitativa: focus groups población inmigrante
d. Resultados fase cuantitativa (Diagnóstico de Situación de Salud en SSMN)

3.1 Síntesis Revisión y Conciliación Normas Nacionales e Internacionales en Salud e Inmigración

Cabe señalar que los resultados detallados de esta revisión, fueron entregados en el Informe Nº1 del estudio, con fecha 28 de septiembre de 2007 (ver informe completo en Anexo Nº2 del presente informe). Por ello, a continuación sólo se entrega una síntesis de los resultados de la fase de búsqueda, sistematización, revisión y análisis de información relevante sobre inmigración y salud, así como sobre normativas y legislación migratoria internacional y nacional, y experiencias de intervención en ámbitos de salud e inmigración a nivel mundial y nacional.

Esta sección asume el siguiente orden de presentación: en una primera parte se da cuenta de un panorama sobre temas de migración y salud en la literatura existente. En una segunda parte, se revisa la legislación migratoria, los instrumentos de derechos humanos y las experiencias de intervención en salud para migrantes a nivel internacional. Finalmente, se detalla la legislación y normativas nacionales en temas de migración, así como algunas iniciativas en el área de la salud que pudiesen dar perspectivas al desarrollo de un plan piloto de intervención en salud con población inmigrante en la zona norte de Santiago.

Como forma de contextualizar o respaldar la presencia de un Plan Piloto apoyado por el Ministerio de Salud en términos de dar pautas para una adecuada política pública en materias sanitarias, se da cuenta del respaldo normativo que esta tiene.

Por ejemplo, la **Convención Internacional sobre la Protección Internacional de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias (MWC, 1990)**. En esta se realiza una reafirmación del conjunto de los derechos establecidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos, haciendo explícita su aplicación para el conjunto de trabajadores migratorios. Dentro de los derechos que se les reconocen en el Instrumento, destacan:

- Igualdad de Trato entre Trabajadores Migrantes y Nacionales ante los Tribunales (Art.18).
- Igualdad ante las Remuneraciones y Condiciones de Trabajo (Art.25).
- Igualdad en el Acceso a la Educación (Art. 30).

En términos del Derecho a la Salud, se les reconoce a todos los Trabajadores Migratorios el Derecho a la Atención Médica Urgente (Art.28). A los trabajadores migratorios documentados o regulares y sus familias se les reconoce la igualdad en el acceso a los servicios de salud. Además, dentro de la serie de disposiciones estipuladas, los Estados deben iniciar medidas tendientes a impedir y eliminar la entrada y empleo ilegales de trabajadores migrantes. La ratificación de la Convención por parte de los países ha sido baja, entrando ésta en vigor recién el año 2003. Nuestro país es parte de los Estados que la han ratificado (2005).

Por otra parte existen otras disposiciones que al amparo de la OIT se han planteado, por ejemplo el Convenio n° 97 (1949 /1952) no ratificado aún por Chile, en el cual se establece el derecho de los trabajadores migrantes a una serie de servicios de seguridad social, entre ellos los relativos a los accidentes del trabajo, maternidad, vejez o muerte (Art. 6.1.a.). También el Convenio n° 143 (1976 / 1978), donde se reafirma el compromiso de respetar los derechos fundamentales de todo trabajador migratorio independientemente de sus condición jurídica (OMS, 2005; Art.1), y donde se les impone a

los Estados partes la obligación de adoptar medidas necesarias para suprimir las migraciones clandestinas con fines de empleo y el empleo ilegal de inmigrantes (Art. 3.a; 3.b)

En cuanto a la experiencia internacional en estas materias, el conjunto de tratados y convenios suscritos por los diferentes Estados, y los mecanismos de supervisión de su cumplimiento, instan a éstos a generar una adopción gradual de medidas de protección social hacia la población inmigrante.

A esto contribuye así también la presión interna que realizan las ONGs y otro tipo de organismos en pos del cumplimiento de los puntos adoptados en los instrumentos internacionales. Asimismo, la emergencia de una concepción de enfoque de salud preventiva insta a los mismos Estados a no ignorar la realidad de la inmigración, incluyendo a la ilegal, de modo de tiene en cuenta la realidad sanitaria de estos segmentos poblacionales, en relación a la posibilidad de mayor riesgo de enfermar. Finalmente en este contexto se generan diferentes iniciativas, desde el acomodo de la estructura legislativa interna atingente, hasta el diseño y ejecución de programas dirigidos a intervenir en el área.

En la siguiente tabla se presenta una selección de las experiencias de otros países en relación a la población migrante y Salud:

País	Tipo	Nombre
Francia	Modelo Institucional	Cobertura Médica Universal (CMU) Ayuda Médica del Estado (AME)
Inglaterra	Modelo Institucional	Sistema Nacional de Salud (NHS)
España	Modelo Institucional y Programa Andaluz	Padrón de Ayuntamiento Municipal Plan Integral para la Inmigración en Andalucía
México	Programas de Salud para Inmigrantes	Programa de Salud para el Inmigrante (Vete Sano / Regresa Sano)
Costa Rica	Modelo Institucional	EBAIS de la CCSS Programa de fortalecimiento del Sector Salud en zonas de Alta Inmigración (post Mitch)

"Las experiencias inglesa y francesa (…) el acceso a la atención médica de los migrantes irregulares es inadecuado en ambos sistemas. Mientras la legislación francesa estigmatiza a los inmigrantes irregulares al permitir que el acceso tenga lugar únicamente por medio de un proceso complejo y selectivo, la legislación inglesa hace que el acceso a la atención médica sea incierto, pues no se pronuncia por el particular"[14].

En el caso del Plan Integral desarrollado en Andalucía (2001 / 2004) se evidencia una mirada que acepta el fenómeno de la Inmigración y se hace responsable desde la perspectiva social que esto implica. Por ejemplo dentro de sus objetivos se cuenta con:

- Favorecer la plena integración social, laboral y personal de la población inmigrante, como sujeto de deberes y derechos, creando condiciones que favorezcan dicha integración en el seno de la sociedad andaluza.

[14] OMS (2005): "Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos". OMS. Ginebra, Suiza.

- Asegurar el acceso de la población inmigrante a los servicios básicos comunes al conjunto tales como la sanidad, la educación, la vivienda, los servicios sociales, y la atención jurídica, impulsando y realizando estrategias activas que garanticen este acceso.

Es así como el Plan Integral para la Inmigración en Andalucía define 10 áreas de intervención acompañadas de un conjunto de objetivos y medidas asociadas a realizar. Dentro de las áreas contempladas para la intervención se cuentan: socio-educativa, socio-laboral, recursos sociales, vivienda, socio-culturales, atención jurídica, formación e investigación, sensibilización social y formación para el desarrollo.

Detallando más tenemos elementos cruciales para el desarrollo de un Plan Piloto exitoso y que la experiencia Andaluza viene a fundamentar:

Experiencia Andaluza: Área Socio-Sanitaria

Objetivo Específico	Medidas	Indicadores
Mejorar la información de los profesionales socio-sanitarios sobre la atención sanitaria a inmigrantes	✓ Elaboración, edición y distribución de una guía de atención sanitaria a inmigrantes dirigida a profesionales sanitarios	✓ Nº guías distribuidas ✓ Nº de Centros de Salud y Servicios de Urgencia con guías.
Facilitar el acceso de las mujeres inmigrantes a los programas de educación sexual y salud reproductiva para mejorar su salud	✓Elaboración de una guía de información socio-sanitaria para las mujeres inmigrantes ✓Campaña de Información	✓Nº de mujeres contactadas ✓Nº de materiales informativos editados.
Impulsar programas orientados a la promoción de la salud y dirigidos especialmente a drogodependientes inmigrantes	✓Elaboración de un Protocolo específico adaptado a la necesidad de los drogodependientes inmigrantes	✓Elaboración de un protocolo ✓Nº de inmigrantes en programas por año y provincia.

El I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía ha tenido un indudable éxito en la mayor parte de sus objetivos propuestos. En virtud de esto, el plan se ha extendido a una segunda etapa, en la cuál se ha podido avanzar en la especificidad de los objetivos propuestos, centrados en esta segunda fase, en actual ejecución (2006-2009) con especial énfasis en el área Socio-Educativa.

Experiencia Andaluza: Área Socio-Sanitaria

Objetivo Específico	Medidas	Indicadores
Potenciar la captación de la población migrante para atender los problemas de salud que presentan, al objeto de preservar la salud individual y comunitaria, por medio de la atención individualizada	✓ Captación activa de la población inmigrante desde las Zonas Básicas de Salud a través del mapa de riesgo, para incluirla en los planes de salud	✓ Nº de documentos de derivación tramitados anualmente.
Promover la captación de inmigrantes y determinar las necesidades de salud de cada persona que lo precise	✓Asegurar la atención sanitaria requerida a través de servicios de atención primaria y especializada ✓ONGs y Organizaciones Sindicales se comprometen a contactar y acompañar al inmigrante. ✓Elaboración y concreción de circuitos de atención sanitaria necesarios para los territorios geográficos de preferencia.	✓Nº de documentos de derivación tramitados. ✓Nº de Tarjetas de Reconocimiento de Asistencia Temporal ✓Nº de asistencias prestadas en Atención Primaria. ✓Nº de asistencias prestadas en atención Especializada. ✓Nº de Partos atendidos.
Mejorar la información de los Inmigrantes sobre el Sistema Sanitario Público Andaluz, sus programas de prevención y las vías al mismo	✓Elaboración, edición y distribución de "carpetas de mano" con historia clínica portátil ✓....	✓Nº de "carpetas de mano" cumplimentadas y entregadas.

En el contexto latinoamericano, el mexicano es un buen ejemplo de la posibilidad de encontrar una Coordinación Internacional como modo de enfrentar una realidad irreversible como son los procesos migratorios. Se destacan dos Programas impulsados por el programa de desarrollo 2001-2006 relacionados con la provisión de salud a migrantes:

- Programa de Salud para el Inmigrante.
- Programa "Vete Sano Regresa Sano"

Dentro de sus objetivos: Se busca dar un "blindaje sanitario" al migrante y a sus familia al brindar información, atención preventiva y atención a su salud en el lugar de origen, en el traslado y en el lugar de destino de dicha población.

Es así que se puede describir algunas de las actividades que se desarrollan, donde sobretodo se visualiza la mirada integral del fenómeno de la migración, no sólo del "país que recibe", sino desde el país de origen y por ende la debida interrelación que debieran desarrollar dos estados en conjunto.

México: Programa de Salud para el Inmigrante

Estrategias	Líneas de Acción	Actividades
Fortalecimiento de la colaboración institucional para la salud del migrante	✓ Promover la coordinación de programas y proyectos interinstitucionales dirigidos a la salud del migrante	✓ Jornadas Informativas para profesionales de la salud. ✓Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense (AFMES): participación activa en reuniones anuales.
Promover el auto cuidado y la atención a la salud del migrante dentro y fuera de México.	✓Desarrollo de estrategias de educación para la salud específicas para la población migrante en temas prioritarios de salud (bucal, diabetes, nutrición y salud mental ✓Intercambio de Información en salud entre México y Estados Unidos.	✓Realización de talleres de salud en salud oral dirigida a inmigrantes. ✓Talleres de capacitación Facilitadores Comunitarios de fomento a la salud en la población migrantes. ✓Construcción de redes con organizaciones comunitarias, clubes de oriundos y consulados mexicanos.
Proporcionar servicios de apoyo a la población migrante mexicana y sus familias	✓Garantizar el tratamiento del connacional enfermo en el país ✓Brindar alternativas de salud a la población migrante y a sus familias ✓Proporcionar información sobre temas de salud, planes de seguros médicos y centros comunitarios de atención.	✓Diseñar diferentes estrategias para la incorporación de la población migrante al Seguro Popular de Salud. ✓Apoyar a las "Ventanillas de Salud" en los Consulados Mexicanos para proporcionar información sobre servicios de salud .

En definitiva como se aprecia tanto de la experiencia andaluza como de la mexicana, se rescatan elementos claves que son insumo para el diseño de un Plan Piloto que intente abordar este tema en nuestro país. De los elementos que se rescatan se pueden delimitar los siguientes:

- Acceso a Información: No sólo de la perspectiva de conocer los Derechos y Deberes, sino de las posibilidades que significan para el inmigrante conocer la realidad local (el sistema sanitario), desde un comienzo en su estadía.
- Acceso a la Atención propiamente tal.
- Educación desde la Mirada de la Promoción y le Prevención.

A continuación se presenta una síntesis detallada de la información obtenida en cada sección del módulo.

3.1.1 Síntesis Marco Jurídico Internacional

La complejidad del fenómeno migratorio también se expresa en el marco jurídico internacional. En este sentido, resulta central responder la pregunta acerca de cuál es el grado de adecuación que los diferentes Estados han realizado en relación a los marcos jurídicos nacionales e internacionales respecto al fenómeno migratorio.

La posición social del inmigrante relacionada con el status jurídico que mantiene en los países de acogida, en lo que se refiere al acceso a los servicios de protección social en general y a la salud en particular, dan cuenta de una precaria realidad socioeconómica en los sectores más vulnerables de esta población.

De otra parte, a pesar de no existir una condición coercitiva en la normativa internacional para quienes no cumplen con el derecho internacional, se les exige en cambio que den señales periódicas de los progresos en la aplicación de las normas contenidas en los distintos Convenios Internacionales que los países han firmado. Para estos efectos, cada uno de los instrumentos de derecho internacional humanitario, cuenta con un comité receptor de los reportes de avance en los diferentes países, el que a su vez, tiene como función entregar observaciones de carácter general y recomendaciones a los Estados Partes.

En materia del derecho a la salud para migrantes, los dos instrumentos de mayor relevancia a nivel internacional son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, 1966) y el Convenio sobre la Protección de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias (MWC, 1990).

El ICESCR expresa en su artículo 12.1 "*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".* En este nivel el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC), en su Observación General Nº 14, Punto 11, sostiene que el derecho a la salud estipulado en el artículo 12 del instrumento, se interpreta por parte de este (DESC) como un derecho inclusivo, que atañe no sólo a la atención de salud oportuna y apropiada, sino también a los factores determinantes de salud, entre estos la existencia de condiciones sanitarias adecuadas y condiciones de bienestar social en ámbitos tales como el trabajo, la educación y el medioambiente[15]

De esta manera, de acuerdo con el Comité, "*el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá* – eso sí- *de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte*"[16]:

a. La disponibilidad: debe contarse con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
b. La accesibilidad: debe facilitarse el acceso a los establecimientos, bienes y servicios sin distinción alguna, atendiendo cuatro dimensiones:
    ii) No discriminación: se refiere a la accesibilidad de los sectores más vulnerables.
    iii) Accesibilidad Física: se refiere al alcance geográfico de todos los sectores.

[15] DESC, Observación General Nº 14, 200; citado en O'Donnell, D; Uprimni, M; Valencia, A. (comps.) (2003): "Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional". Volumen II. Oficina en Colombia del Alto Comisionados de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Bogotá, Colombia.
[16] Idem.

iv) Accesibilidad económica (asequibilidad): se refiere al alcance económico de todos.
v) Acceso a la información: se refiere al derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

c. Aceptabilidad: en todos los establecimientos, bienes y servicios, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados
d. Calidad: se debe contar con los medios apropiados desde el punto de vista científico y médico, y éstos deben ser de buena calidad.

El espíritu de esta Observación está orientada a hacer una interpelación a los Estados Partes, incluido nuestro país, a que orienten las medidas acorde a estos principios. De esta manera, los reportes deben especificar los progresos alcanzados en estas áreas. Como ya lo hemos señalado, a pesar de la ausencia de un carácter coercitivo de la norma, la demanda de reportes en estas materias implica a los Estados una demanda concreta de diligencia y efectividad en el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el ICESCR, bajo las directrices especificadas en la Observación Nº 14 del Comité.

De acuerdo con los otros Pactos firmados, los Estados Parte también deben reportar avances relativos al carácter de las disposiciones expresadas en estos instrumentos. De particular importancia resultan aquellos que se deben realizar de acuerdo con el MWC (1990).

3.1.2 Síntesis Experiencias Internacionales

Las experiencias internacionales examinadas, particularmente la andaluza y la mexicana, dan cuenta de una serie de características con las que se ha afrontado en diversas regiones y países la necesidad de proveer de servicios de salud a la población migrante.

- Las iniciativas son intersectoriales, vale decir, se sustentan en una participación de diversos sectores de la sociedad y el Estado. Los casos Andaluz y Mexicano dan cuenta de un compromiso adoptado por parte de instituciones gubernamentales, grupos de la sociedad civil y también de las mismas comunidades o grupos beneficiarios.

- Estas iniciativas basan sus estrategias en una concepción amplia de la salud. Esta condición de amplitud significa por un lado una comprensión de que la salud posee múltiples determinantes y que su promoción requiere de la puesta en marcha de acciones que apunten al bienestar de las personas en diversas áreas de la vida social (Andalucía). Por otro lado, dicha amplitud significa también comprender a la salud desde una perspectiva dinámica, vale decir, determinada no sólo en el lugar de destino, sino también por las condiciones de origen y tránsito propias del desplazamiento (México).

- La promoción del auto-cuidado es una estrategia central. Por medio de esta vía es posible aminorar en gran medida los riesgos sanitarios asociados a la condición migratoria.

- Asociado a lo anterior, las campañas masivas de información poseen también un carácter trascendental. Por medio de éstas, es posible materializar campañas preventivas asociadas al auto-cuidado, a la vez que fomentar una mayor utilización de los servicios de salud disponibles.

- Estas experiencias incluyen una perspectiva intercultural como requerimiento de base. Con este enfoque se busca acercar los servicios de salud del país receptor, a la población inmigrante. De esta manera podría ser posible disminuir una condición de distancia étnica y cultural entre ambas comunidades. Además, la interculturalidad a este nivel significa orientar los servicios de atención de salud disponibles de modo de hacerlos *culturalmente apropiados*. La interculturalidad es incorporada al mismo tiempo, en el desarrollo de campañas de información de modo de adecuar los contenidos a la realidad de los migrantes, con el objetivo de mejorar la receptividad de los contenidos por parte de esta población.

- Un lugar central cabe en las posibilidades de éxito de estas iniciativas a la figura de los mediadores culturales. Éstos pueden ser tanto organizaciones de la sociedad civil (caso andaluz) como líderes comunitarios (México). Estos mediadores permiten generar confianza en las poblaciones beneficiarias, y por esta vía, favorecer el acceso a los servicios de salud disponibles y a las acciones de prevención y promoción en salud.

- Si bien los países receptores de migraciones mantienen en general una posición institucional rígida en lo referente a las posibilidades de acceso de la población inmigrante no regular al sistema de salud, existen no obstante, alternativas que permiten dar cobertura en este ámbito. Esto en particular desde el nivel de salud preventiva, en la forma de visitas domiciliarias o campañas de información, las que, como en el caso de Costa Rica, carecen en general de impedimentos desde el marco legal.

3.1.3 Síntesis del Marco Jurídico Nacional

Desde la perspectiva jurídica, las posibilidades de llevar a cabo acciones que permitan entregar mejores condiciones de salud a la población inmigrante que reside en el país y que contribuya de este modo a superar en cierta medida la condición de precariedad y vulnerabilidad en que buena parte de ellos se encuentra, en especial los no regulares, serían posible de acuerdo a la información examinada, tanto de las disposiciones del derecho internacional de las que nuestro país se ha hecho parte, como de los resquicios legales existentes en nuestra legislación.

De acuerdo a las normas internacionales, si bien es cierto que estas no tienen un carácter coercitivo que obligue a un Estado a hacer efectivos los preceptos contenidos en dichas fuentes, obliga no obstante a los países a rendir cuenta de los avances progresivos alcanzados.

Así podemos constatar que ya el año 2004, el Comité de Protección de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomendaba a nuestro país que ratificará la Convención Internacional sobre los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias (DESC, Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, Punto 39, Noviembre de 2004), cuestión que se hizo efectiva el año 2005. En dicha recomendación además, ya se daba cuenta de la necesidad de avanzar en materia de los derechos humanos de la población migrante. En este sentido si bien es cierto, la sola firma no garantiza el cumplimiento efectivo de las disposiciones, sí implica explorar en la disposición de avanzar en esta dirección.

Las posibilidades concretas de llevar a cabo acciones en el ámbito de la salud, se relacionan más directamente con fuentes de legislación interna. Esto a partir de un hecho constitutivo: las restricciones

de provisión de servicios de salud para la población inmigrante se ven expresadas en el nivel asistencial, no así en el preventivo.

En estos términos, existe la posibilidad de generar avances efectivos en esta materia, pese a la existencia de limitaciones jurídicas. Un hecho esencial para cumplir con estos fines, dice relación con contar con iniciativas que permitan proveer de información pertinente y oportuna, en la promoción de aspectos como el auto-cuidado y la mayor y mejor utilización de los servicios de salud cuando corresponda.

3.1.4 Síntesis Experiencias Nacionales

Las experiencias examinadas en el ámbito nacional, dan cuenta de la existencia de iniciativas que permiten el acceso a la atención en salud para el segmento de inmigrantes no regulares que se encuentran embarazadas, niños(as) menores de 18 años, y personas que requieren atención de urgencia[17]. Los inmigrantes en situación regular, tienen acceso a los mismos servicios y atención que la población chilena.

En particular, el Ordinario 3229 del Ministerio de Salud, vigente desde el 11 de junio de 2008, establece que "en cuanto a las acciones de promoción y protección de la salud de las personas que tienen por objeto la conservación de la salud de la población previniendo riesgos biomédicos, el Ministerio de Salud garantiza su aplicación a toda la población que habita el territorio nacional. Entre ellas la educación para la salud: las inmunizaciones y el control nutricional. Lo anterior es independiente de la situación provisional de las personas y se otorga en forma gratuita en los consultorios y postas del sistema de salud"[18].

La atención concreta derivada de estas garantías y derechos, se realiza a través de diversos programas del Ministerio de Salud. En particular, la atención a través del Programa de Salud del Niño y Mujer Embarazada permiten a la población inmigrante no regular, acceder a atención pública en salud, que de otra forma no podrían tener por encontrarse en situación no regular. Por otra parte, el Programa de Salud para la Infancia, representa sin duda una importante alternativa de atención para los niños inmigrantes. Sin embargo, en la práctica se ve obstaculizada por elementos externos, como muchas veces ocurre, como es la situación no regular de los padres. Al respecto, el programa evidencia una cierta deficiencia al carecer de medidas que permitan un acceso real de este sector a la atención en salud. Finalmente, el Programa de Atención para Mujeres Embrazadas, pareciera ser en cambio una alternativa más directa, ya que el programa contempla mecanismos de regularización de la situación legal de las mujeres embarazadas para su atención de pre y post parto.

La Política de Salud y Pueblos Indígenas y el Programa PRAIS, pese a no ser iniciativas que están orientadas a la población inmigrante, dan cuenta de experiencias importantes de atención en salud a minorías nacionales, que por distintas razones, no tenían posibilidad de una atención de acuerdo a sus características y necesidades particulares.

[17] Puntualmente, a través de las garantías en el acceso y atención en salud para población inmigrante no regular, señaladas en el Ordinario 3229, del Ministerio de Salud, emitido en junio del año 2008.
[18]Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 11 de junio de 2008 en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_inmigrante/Ordinario_sobre_inmigrantes_No_3229_del_110608.pdf

3.1.5 Conclusiones Generales

Como hemos visto, en el plano jurídico internacional, cada vez es mayor el consenso que se alcanza en el sentido de respetar los derechos que establece la *Carta Internacional de Derechos Humanos,* lo que sin duda crea condiciones favorables para impulsar cambios importantes en este ámbito. No obstante, más allá de la aceptación de estos principios, el cumplimiento de disposiciones de esta naturaleza es un proceso complejo, que tiene avances en forma progresiva y también sufre retrocesos. En la práctica, de no mediar algunos ajustes a la institucionalidad interna de los países, no será posible avanzar en los cambios necesarios de una legalidad que favorezca a las personas inmigrantes regularizar su situación migratoria.

En general, el carácter de las legislaciones existente en los diferentes países es restrictivo en materia de derechos sociales para los inmigrantes, en particular cuando éstos se encuentran en situación no regular. A pesar de ello, en algunos casos es posible utilizar la legalidad existente para otorgar atención en salud, como es el caso de niños, mujeres embarazadas y la atención de urgencia.

De este modo, si bien es cierto en la mayoría de los casos existe una restricción para la atención sanitaria, no ocurre lo mismo cuando se trata de impulsar políticas de prevención y auto-cuidado, que generalmente abarcan al conjunto de la población, independientemente de si éstas son o no inmigrantes. Chile es un ejemplo de ello.

Si bien la legislación chilena restringe el acceso de la población inmigrante no regular al sistema público de prestaciones de salud; exceptuando las mujeres embarazadas, niños menores de 18 años y personas que requieren atención de urgencia; no lo es respecto a las acciones de promoción sanitaria, las que pueden incluir a toda la población que habita el territorio nacional. Estas garantías se explicitan en el Ordinario 3229 del Ministerio de Salud, emitido en junio del año 2008, justamente para asegurar el acceso de toda la población a las acciones de promoción y protección de la salud, y para permitir la atención en el sistema público de salud de los grupos de inmigrantes no regulares más vulnerables, como son las mujeres embarazadas, los niños menores de 18 años, y las personas que requieren atención de urgencia[19].

A la luz de las experiencias internacionales, es posible rescatar algunas acciones que podrían ser de utilidad en nuestro país. Al respecto, podemos diferenciar estas acciones en dos planos diferentes y complementarios entre sí:

a. En el ámbito de la Información: referido a la realización de campañas masivas de información sobre la cobertura en salud, tipos de servicio a los que la población inmigrante podría acceder, y también, en relación a prácticas de auto-cuidado y prevención de enfermedades.

En el ámbito del uso de los servicios: referido a la promoción de la utilización de los servicios sanitarios disponibles. De acuerdo a la experiencia internacional y nacional, un elemento central en este propósito es la existencia de facilitadores culturales, que tienen por misión promover una mayor concurrencia a los servicios de salud que están disponibles para la población inmigrante regular y no regular.

[19] Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 11 de junio de 2008 en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_inmigrante/Ordinario_sobre_inmigrantes_No_3229_del_110608.pdf

3.2 Síntesis Fase Cuantitativa: Diagnóstico Socioeconómico SSMN y Encuesta a Inmigrantes

A continuación se presenta una síntesis de resultados de la fase cuantitativa del estudio. El objetivo de esta fase, ha sido caracterizar a los inmigrantes en Chile, principalmente a aquellos que residen en las comunas que cubre el Servicio de Salud Metropolitano Norte, SSMN, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, es decir considerando las condiciones de vida respecto a nivel educativo, característica de la vivienda, empleo e ingreso[20].

En particular, este informe entrega los principales resultados de la encuesta CASEN 2006, en una estrategia de análisis que sintoniza con los objetivos del estudio en cuanto a la elección del enfoque y la relación de datos más pertinente. Bajo este criterio entrega una caracterización socioeconómica de la población del país, comparando entre inmigrantes internacionales y la población no inmigrante (chilenos) de acuerdo al conglomerado geográfico en el cual residen. Se ha definido como conglomerados geográficos los siguientes grupos: Comunas del SSMN; Comunas R. Metropolitana (excluye las del SSMN); Otras regiones (excluye Metropolitana). El énfasis de este análisis esta principalmente en la comunas del SSMN.

Complementariamente en este informe se incluye también un análisis descriptivo de la encuesta "Población Inmigrante zona norte RM", realizada a 130 familias de las comunas de Independencia y Recoleta. Este informe incluye principalmente aquellas variables no disponibles en la encuesta CASEN o que aportan conocimiento a la caracterización específica de los inmigrantes de las dos comunas encuestadas de la zona norte de Santiago. Un detalle completo del análisis de todas las variables de esta encuesta está disponible en el informe N°2, entregado a la contraparte técnica a fines del mes de enero del año 2008 (para ver dicho informe, revisar Anexo Nº3 del presente informe).

3.2.1 Características sociodemográficas de los inmigrantes

Como ya se ha mencionado en los diferentes informes elaborados, la población objetivo de este proyecto corresponde a las comunas cubiertas por el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y que incluye: Conchalí; Colina; Independencia; Huechuraba; Lampa; Quilicura; Recoleta; y Til-til.

A partir de lo señalado en el párrafo anterior y de la información contenida en la encuesta CASEN, se definió una variable que identifica la condición de inmigrante y el lugar de residencia en el momento en que se realizó la encuesta, esta variable se identifica con el nombre de ***"Tipo de residente***" y tiene las siguientes categorías:

- Inmigrantes Comunas SSMN
- Chilenos Comunas SSMN
- Inmigrantes residentes en otras comunas de la R. M. (excluye las atendidas por SSMN).
- Chilenos de otras Comunas de la R. Metropolitana (excluye SSMN)
- Inmigrantes de otras regiones (excluye R. M.)
- Chilenos de otras regiones (excluye R. M.).

[20] Ver acápite Determinantes Sociales de la Salud, www.minsal.cl

Estas seis categorías fueron determinadas conjuntamente con la contraparte técnica del estudio, con el objetivo de comparar entre inmigrantes (de acuerdo a lo definido) y chilenos residentes en el mismo conglomerado geográfico; la suma de estas dos categorías corresponde al total de la población del país.

Tabla 1: Número y distribución porcentual del Tipo de residente

Tipo de residente	N°	%
Inmigrantes Comunas SSMN	13.062	1,9
Chilenos Comunas SSMN	713.887	98,1
Total Comunas SSMN	**726.949**	**100,0**
Inmigrantes otras Comunas RM	103.456	1,8
Chilenos otras Comunas RM	5.724.539	98,2
Total Comunas RM (excluye SSMN)	**5.827.995**	**100,0**
Inmigrantes otras regiones (excluye R.M)	66.529	0,7
Chilenos otras regiones (Excluye R.M)	9.530.880	99,3
Total otras regiones	**9.597.409**	**100,0**
Total país	**16.152.353**	**100.0**

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

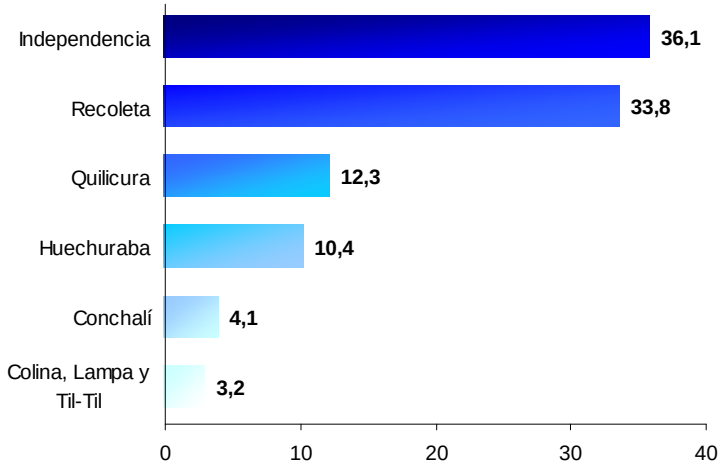
Se observa que el porcentaje de inmigrantes internacionales que residen en las comunas del SSMN corresponde al 1,9% de la población total de las comunas de dicho conglomerado, equivalente aproximadamente a 13.000 personas. Esta proporción es similar a la de inmigrantes que viven en otras comunas de la Región Metropolitana (1,8%), sin embargo, dista de la proporción de inmigrantes que residen en regiones distintas a la Metropolitana (0,7%).

a) Población Inmigrante y Comunas del SSMN[21]

De las ocho comunas pertenecientes al SSMN, dos de ellas agrupan casi el 70% de la población inmigrante, estas son: Independencia (36,1%) y Recoleta (33,8%). A una considerable distancia les siguen Quilicura (12,3%) y Huechuraba (10,4%). En otras palabras, las cuatro comunas mencionadas reúnen más del 90% de la población inmigrante del área de SSMN.

[21] Los datos de la Encuesta CASEN para el modulo de migración no permiten hacer inferencias estadísticamente válidas (margen de error sobre el 10%) a nivel comunal por lo que esta información se entrega sólo a modo de referencia y los análisis no se realizarán por comunas.

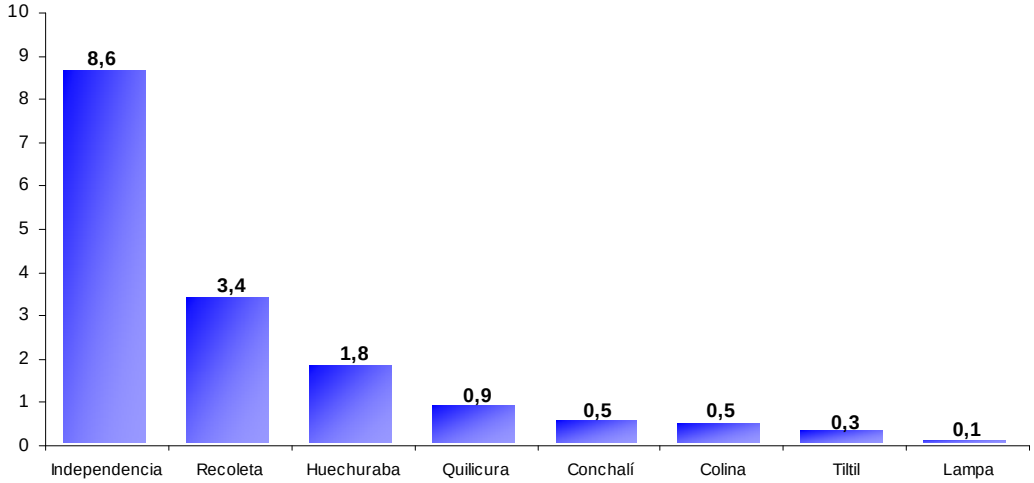
Gráfico 1: Distribución de la población inmigrante y comunas del SSMN



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

Complementariamente a lo planteado en el párrafo anterior, el gráfico 2, muestra la proporción de población inmigrante con respecto al total de la población de la comuna. En él se observa que en la comuna de Independencia, el 8,6% de su población corresponde a inmigrantes, le sigue a una distancia bastante importante la comuna de Recoleta con el 3,4% de la población inmigrante.

Gráfico 2: Porcentaje de población inmigrante en cada una de las comunas del SSMN



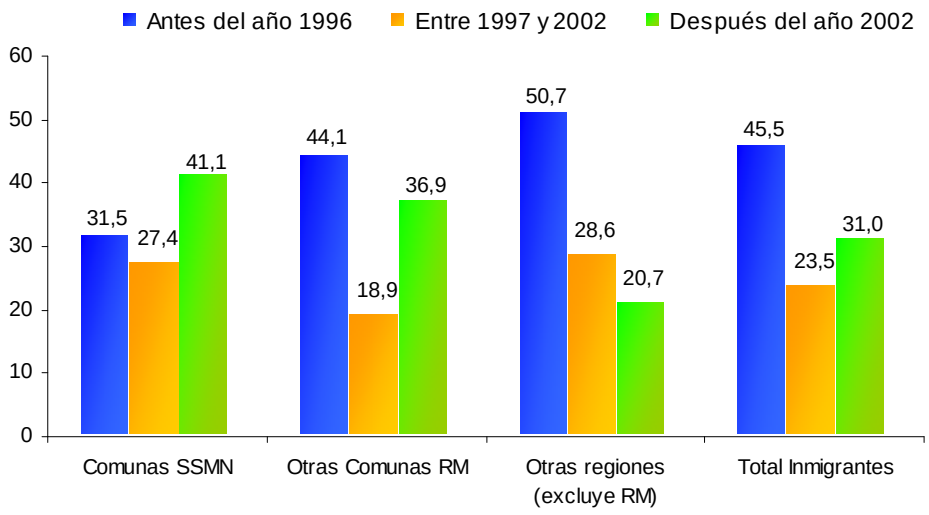
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

b) Población inmigrante y año de llegada a Chile.

El 31% de la población inmigrante menciona que llegó al país en los últimos cinco años; el 23,5% dice haber llegado entre el año 1997 y el 2002 y 45,5% señala vivir en Chile desde antes del año 1996. Es decir, el 54,5% de la población inmigrante internacional reside en Chile desde los últimos diez años.

La condición de inmigrante y año de llegada al país es bastante distinta a la situación general descrita, cuando se analiza según conglomerado geográfico de residencia. En efecto, el gráfico 3 muestra que entre los inmigrantes de las comunas del SSMN, el porcentaje que ha llegado en los últimos 5 años es de 41% mientras que en las otras comunas de la Región Metropolitana esta proporción, disminuye a 37% y en el conglomerado de otras regiones es de sólo 20,7%.

Gráfico 3: Distribución de la población según conglomerado de inmigrantes y año de llegada a Chile



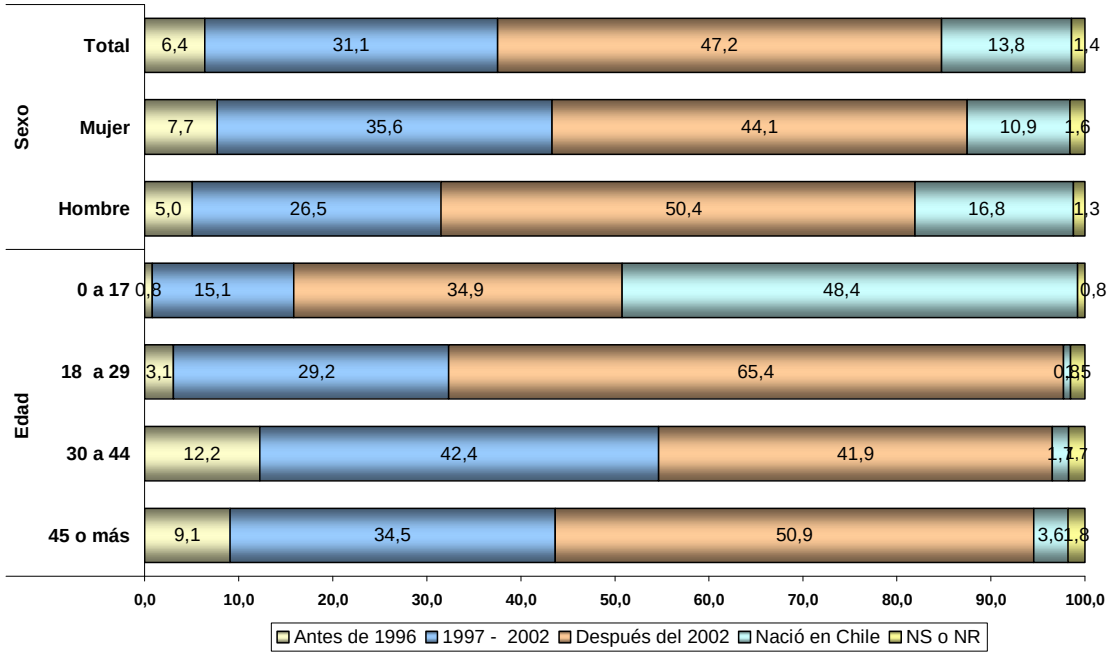
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

c) Año de llegada a Chile, inmigrantes comunas de Independencia y Recoleta.

Según datos de la encuesta realizada a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta (47,2%) declara haber llegado a Chile después del 2002. Esta situación es más frecuente en el grupo etario de 18 a 29 años (65,4%) y entre las personas de otra nacionalidad -distinta de peruana o chilena- (70%) (Gráfico 4).

Del grupo que llegó al país entre 1997 y 2002 (31,1% del total), sobresalen los del grupo etario de 30 a 44 años (42,2%). Además se observa un 48,4% de personas menores de 18 años que nacieron en Chile, concentrados principalmente en los niños(as) menores de 2 años.

Gráfico 4: Año de Llegada a Chile según sexo y edad

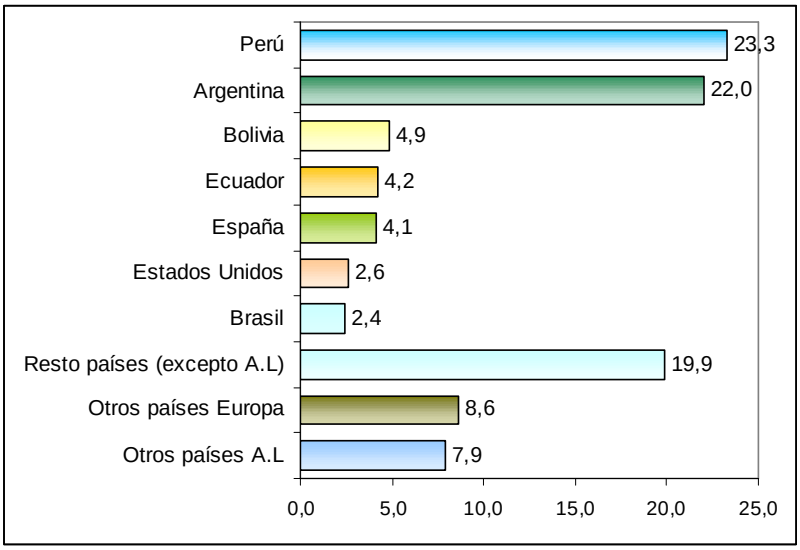


Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia; Recoleta, año 2007*

d) Población inmigrante y país de origen.

A continuación el gráfico 5, muestra que los principales países de origen de la población inmigrante, independientemente del año de llegada a Chile, son de los países fronterizos, destacándose la inmigración desde Perú y Argentina con 23% y 22% respectivamente. Ambas nacionalidades concentran más del 45% de los extranjeros. El 20% de los inmigrantes proviene de distintos países que no son los que se mencionan explícitamente en el gráfico, siendo España el país europeo de mayor presencia entre los inmigrantes, con más del 4%.

Gráfico 5: Principales países de origen de los inmigrantes



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

Tal como ya se había mencionado (gráfico 5) del total de la población inmigrante que reside en Chile, el 23% corresponde a peruanos. Al analizar esta información según conglomerados de residencia, se observa que, de cada tres inmigrantes que viven en las comunas pertenecientes al SSMN, dos de ellos son peruanos (66,6%). Los inmigrantes de las otras comunas de la Región Metropolitana son principalmente extranjeros de otros países distintos a los mencionados (57%) y un 25% de ellos son peruanos. Los inmigrantes de las regiones distintas a la Metropolitana provienen en un 45% de otros países y un 32% de Argentina (Tabla 2).

Tabla 2: País de origen de los inmigrantes según conglomerado geográfico

Conglomerados geográficos	País de origen				Total
	Perú	Argentina	Bolivia	Otros países	
Inmigrantes Com. SSMN	66,6	14,7	2,8	15,8	100
Inmigrantes otras Com. RM	25,3	16,7	0,9	57,1	100
Inmigrantes otras regiones	11,7	31,8	11,6	44,9	100
Total país	23,3	22,0	4,9	49,7	100

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

e) Nacionalidad, último país y ciudad donde vivió antes de venirse a Chile, inmigrantes comunas de Independencia y Recoleta.

La mayor parte de las personas encuestadas en las comunas de Independencia y Recoleta son peruanos (82,1%). En segundo lugar, están los chilenos (13,8%), porcentaje que aumenta a 48,4% entre los menores de 17 años, por lo que se estima que la mayoría de los integrantes del hogar de

nacionalidad chilena son personas que han nacido en Chile, con padres peruanos. El restante 4% se distribuye entre otras siete nacionalidades, seis de ellas pertenecientes a países de Sudamérica y la restante a Europa (concretamente Italia). Tabla 3.

Tabla 3: País de origen de los inmigrantes

		N° personas	%
¿Cuál es su nacionalidad?	Peruana	398	82,1
	Chilena	67	13,8
	Ecuatoriana	7	1,4
	Argentina	3	0,6
	Ecuatoriana	3	0,6
	Italiana	3	0,6
	Venezolana	2	0,4
	Colombiana	1	0,2
	Brasileña	1	0,2
Total		485	100,0

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

Una pregunta específica de la encuesta realizada a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta y que no está incorporada en la encuesta CASEN, se relaciona con saber sí ellos habían llegado directamente a Chile o había un tránsito por otros países antes de llegar al país. En el análisis de estas variables, considerando sólo a los peruanos, se observa que el último país donde estos vivieron fue el Perú en un 97,7%. Además, entre los inmigrantes de otros países, coincide su país de origen con el último país en donde vivieron, por lo tanto, se concluye que los inmigrantes, en su mayoría vienen directamente a Chile, sin pasar por otros países previamente.

Las ciudades de procedencia más comunes entre los peruanos en estas dos comunas son Trujillo y Lima con un 32,7% y 32,4% respectivamente. Las otras ciudades mencionadas no superan el 11%.

f) Población inmigrante y sexo.

El análisis de la población inmigrante según sexo muestra que el 51,3% son mujeres y el 48,7% hombres. La tabla 4, muestra que la distribución por sexo del inmigrante, según conglomerado de residencia, es bastante homogénea: el porcentaje de mujeres en los distintos grupos es similar al porcentaje total (alrededor del 51%). Sólo se escapan levemente a esta tendencia, la población femenina en el grupo de inmigrantes de otras comunas de la Región Metropolitana e inmigrantes de otras regiones con 53% aproximadamente.

Tabla 4: Sexo de la población según tipo de inmigrantes y lugar de residencia

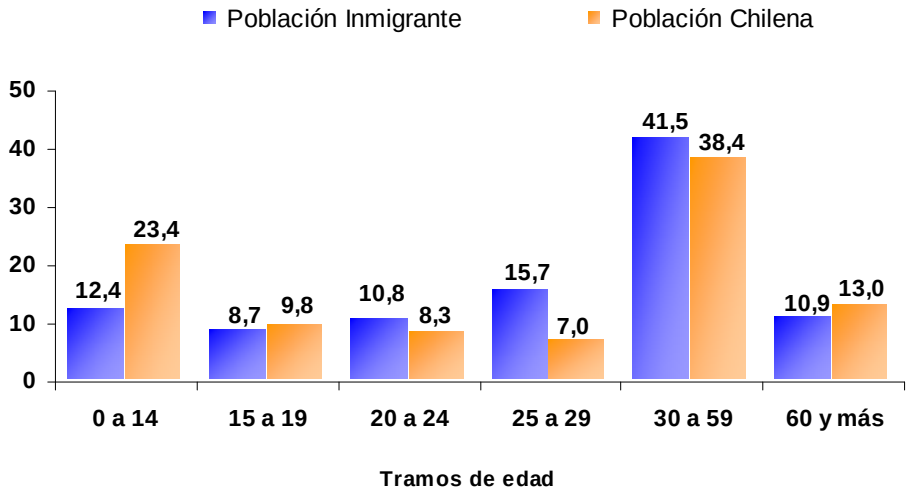
Conglomerados geográficos	Hombre	Mujer	Total
Inmigrantes Com. SSMN	48,3	51,7	100
Chilenos Com. SSMN	48,1	51,9	100
Inmigrantes otras Com. RM	46,4	53,6	100
Chilenos otras Com. RM	48,4	51,6	100
Inmigrantes Otras regiones	46,7	53,3	100
Chilenos otras regiones	48,9	51,1	100
Total	48,7	51,3	100

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

g) Población inmigrante y tramos de edad.

La población inmigrante mayoritariamente se encuentran en una edad laboralmente activa. El 42% de los nacidos en el extranjero tienen entre 30 a 59 años de edad, mientras que en la población chilena este grupo de edad representa el 38%. Destaca el grupo de 25 a 29 años que, entre los inmigrantes alcanza casi el 16%, y la población nacida en Chile en ese tramo de edad es del 7%, (Gráfico 6).

Gráfico 6: Población Inmigrante y Población nacida en Chile según tramos de edad



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

La tabla 5 muestra que la proporción de población en los distintos tramos de edad es bastante homogénea en los distintos conglomerados de población. Sin embargo, en los tramos de población joven tales como -20 a 24- y -25 a 29- la proporción de población es mayor en los inmigrantes de las comunas del SSMN. Complementariamente el tramos de 60 y más años es significativamente menor (4,5% versus 11% respectivamente), (Tabla 5).

Tabla 5: Población Inmigrante según tramos de edad y lugar de residencia

Tramos de edad	Inmigrantes Comunas SSMN	Inmigrantes otras Comunas RM	Inmigrantes otras regiones	Total
0 a 14	10,7	12,1	13,3	12,4
15 a 19	10,2	6,6	11,7	8,7
20 a 24	16,3	10,5	10,1	10,8
25 a 29	17,5	16,9	13,4	15,7
30 a 59	40,7	42,6	40,0	41,5
60 y más	4,5	11,3	11,5	10,9
Total Inmigrantes	100	100	100	100

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

h) Población inmigrante y estado civil

Al comparar el estado civil de la población inmigrante con la población no inmigrante, se observan tendencias similares, excepto en las categorías de "casado" -cuya proporción es mayor para la población chilena. La opción "conviviente o con pareja" es mayor en la población inmigrante (16,3% versus 12,7% respectivamente). Sin embargo, al agrupar las categorías de casado y conviviente o con pareja, esta diferencia desaparece, resultando un 51,9% para la población inmigrante y 53,3% para la población no inmigrante. (Tabla 6)

Tabla 6: Condición de inmigrante según estado civil, población mayor de 15 años.

Estado Civil	Inmigrantes	Chilenos	Total
Casado	35,6	40,6	40,5
Conviviente/pareja	16,3	12,7	12,7
Separado/anulado/divorciado	5,7	6,0	6,0
Viudo	5,0	5,3	5,3
Soltero	37,3	35,5	35,6
Total País	100	100	100

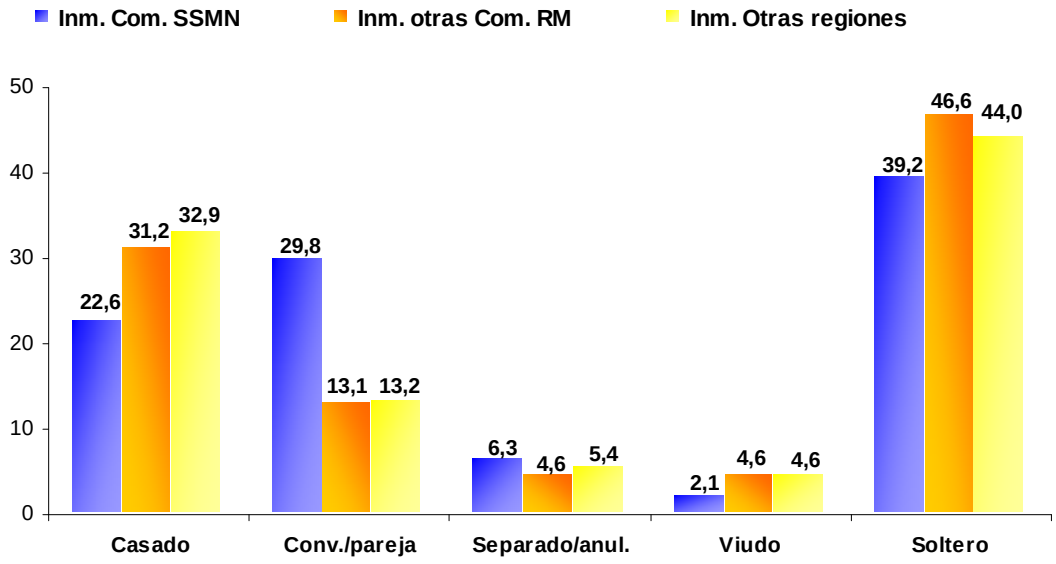
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

En el gráfico 7, se observa que la proporción de población casada es significativamente menor, (aproximadamente 10 puntos porcentuales) en el conglomerado de SSMN que entre los inmigrantes de los otros grupos. Complementariamente, se observa también que el porcentaje de convivientes o con pareja es más del doble en las comunas del SSMN, comparado con las otras comunas de la Región Metropolitana y con las otras regiones.

En síntesis, la condición de estar con pareja, independiente de la situación legal es mucho mayor en el grupo de comunas del SSMN si se le compara con los otros dos conglomerados (52,4%; 44,3% y 46% para cada uno de los tres grupos respectivamente).

Es importante destacar también que la proporción de viudas o viudos es mucho menor en el grupo de nuestra población objetivo. Probablemente esta situación se explica porque la proporción de población mayor de 60 años es menor en este conglomerado.

Gráfico 7: Estado civil de los inmigrantes según lugar de residencia



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

La encuesta realizada a la población inmigrante de las comunas de Independencia y Recoleta, incluye en el módulo de residentes un conjunto de preguntas que se relacionan con la principal razón y mecanismo a través del cual llegó a Chile y sobre la separación de la familia al momento de emigrar de su país de origen. Todas estas variables constituyen un valioso aporte al fenómeno de estudio de este proyecto, puesto que son específicas de la encuesta de inmigrantes y no están incluidas en la CASEN. Por otra parte a los inmigrantes encuestados se les pregunta también acerca de la posesión y vigencia de cédula de identidad chilena. A continuación se entrega un análisis descriptivo de esas variables.

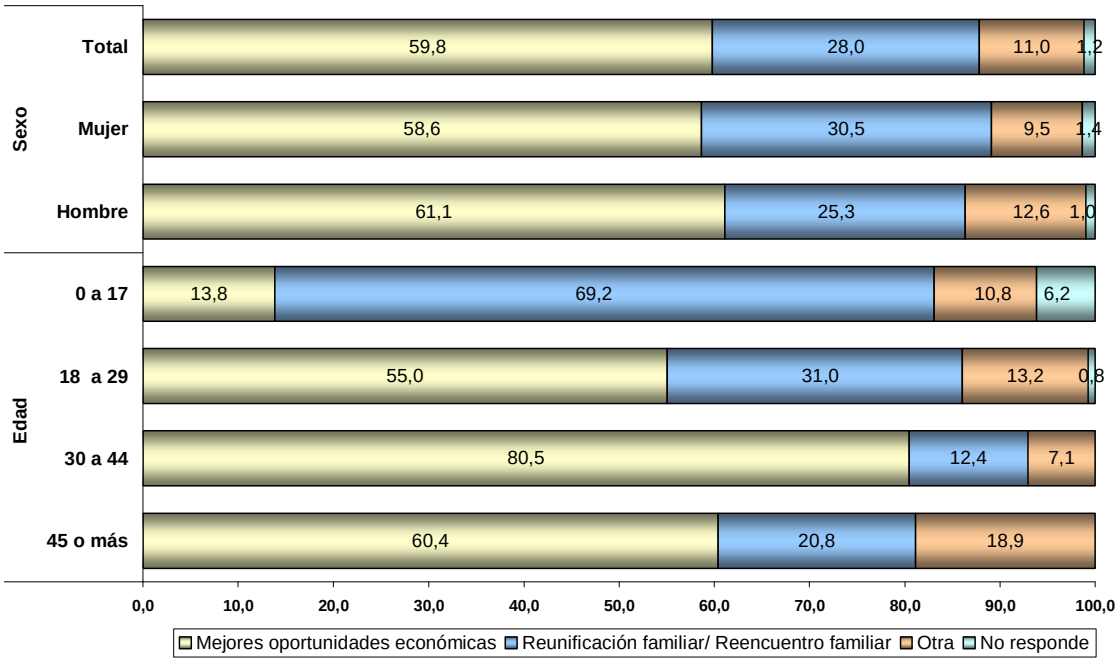
3.2.2 Principal razón por la que se vino a Chile

Según los datos de la encuesta a familias inmigrantes residentes en la zona norte de Santiago, el 59,8% de los inmigrantes señalan la búsqueda de mejores oportunidades económicas como la principal razón para emigrar (Gráfico 8). Esta razón es más acentuada en el grupo etario de 30 a 44 años (80,5%), las personas con pareja (72,9%), los jefes de hogar (82,4%) los peruanos (61,3%) y quienes llegaron antes de 1996 (90,3%).

Como segunda razón para venirse a Chile se señala la reunificación familiar con un 28%, proporción que se eleva al 69,2% en el tramo etario hasta 17 años y al 55,6% entre los hijos o hijas del jefe de hogar. Este dato permite concluir que este grupo ha llegado al país traído por los padres, después de un tiempo de permanencia de ellos en el país.

También destaca esta razón entre las personas sin pareja (40,2%), y entre quienes llegaron después del año 2002 (35,8%).

Gráfico 8: Principal razón por la que se vino a Chile, Inmigrantes Comunas de Independencia y Recoleta.



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

a) Mecanismo a través del cual se vino a Chile

Las dos terceras partes de los inmigrantes (65,8%) se vinieron a través de familiares directos que tenían en Chile, proporción que se eleva ligeramente entre quienes llegaron después del 2002 (71,2%).

b) Familiar que vivía con la persona en país de origen y que ahora no viven con la persona

Cuatro de cada cinco familias abordadas (80,8%) señalan que tenían un familiar cercano que vivía con ellos en su país de origen y que ahora no vive con ellos.

En la gran mayoría de los casos (68,6%), este familiar corresponde a ambos o algunos de los padres o suegros, seguido por un 35,3% que señala algún hijo o hija, principalmente soltero(a).

3.2.3 Posesión y vigencia de cédula de identidad chilena

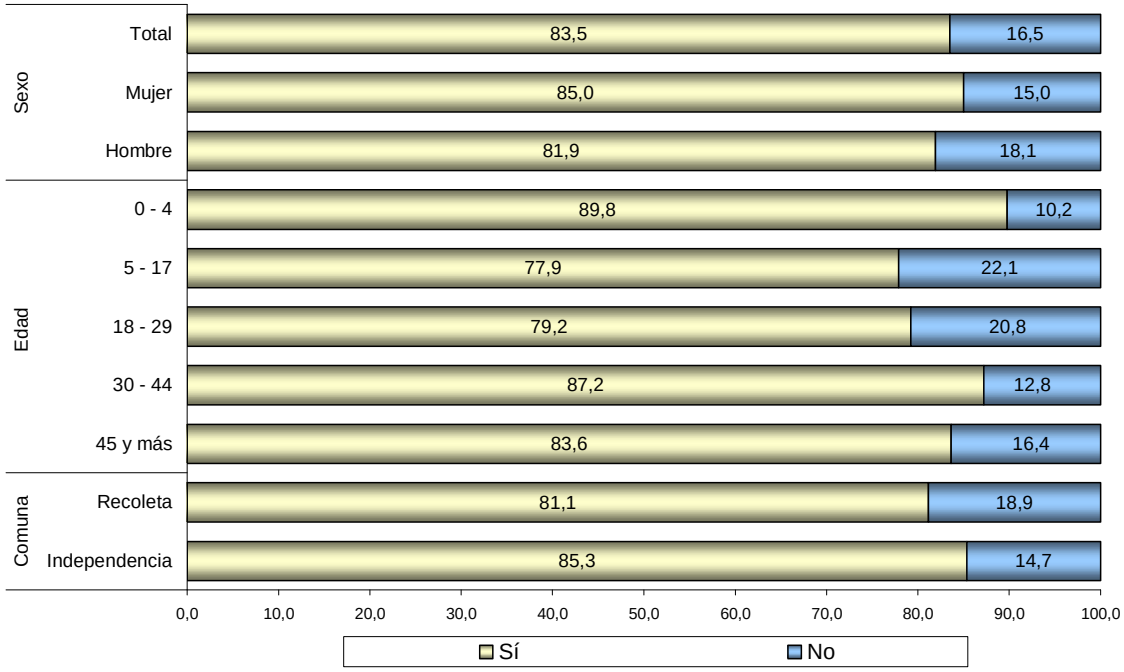
Según los datos de la encuesta a familias inmigrantes residentes en la zona norte de Santiago, el 83,5% de los entrevistados posee cédula de identidad chilena y el restante 16,5% que no lo posee (77 personas) y presentan las siguientes características principales:

- 51% son mujeres.
- 35,1% tiene entre 18 y 29 años.
- En promedio tienen 10 años de escolaridad.
- El 96,1% son peruanos.
- En su mayoría llegaron a Chile después del año 2002 (80,5%).
- La mayor parte (46,7%) gana menos de $144.000.
- El 53,2% se vino en búsqueda de mejores oportunidades económicas.
- El 28,3% se vino por reunificación familiar.

Además, casi la totalidad de quienes poseen cédula de identidad chilena, reportan tenerlo vigente (92,3%).

Los que declaran no tener RUT vigente, alcanzan a la vigésima parte de quienes lo poseen (5,2%) y es una situación más frecuente en el grupo etario de 18 a 29 años (8,7%), el tramo inferior de ingreso (10,2%), los sin previsión (9,6%), los no afiliados a ningún sistema de salud (11,5%) y los que declaran que harán los trámites para regularizarse en el país (18,5%).

Gráfico 9: ¿Actualmente cuenta con cédula de identidad chilena?



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

3.2.4 Inmigrantes y condiciones de la Vivienda

Según la información de la encuesta CASEN, la gran mayoría de la población chilena, 90% declara vivir en casa y sólo el 8% en departamento, y las alternativas de pieza u otro (choza, mediagua) no alcanzan a representar el 1.4%. En los conglomerados de inmigrantes esta situación es bastante distinta. Sólo el 61% de los inmigrantes de otras comunas, distintas a las del SSMN, viven en casa, el 36% en departamento y más del 3% en pieza.

El 6,5% de los inmigrantes de las comunas del SSMN dice vivir en pieza, y corresponde al porcentaje más alto, más que duplicando a los inmigrantes de otras comunas de la Región Metropolitana y a una distancia aún mayor de los otros conglomerados considerados.

Tabla 7: Tipo de vivienda y lugar de residencia

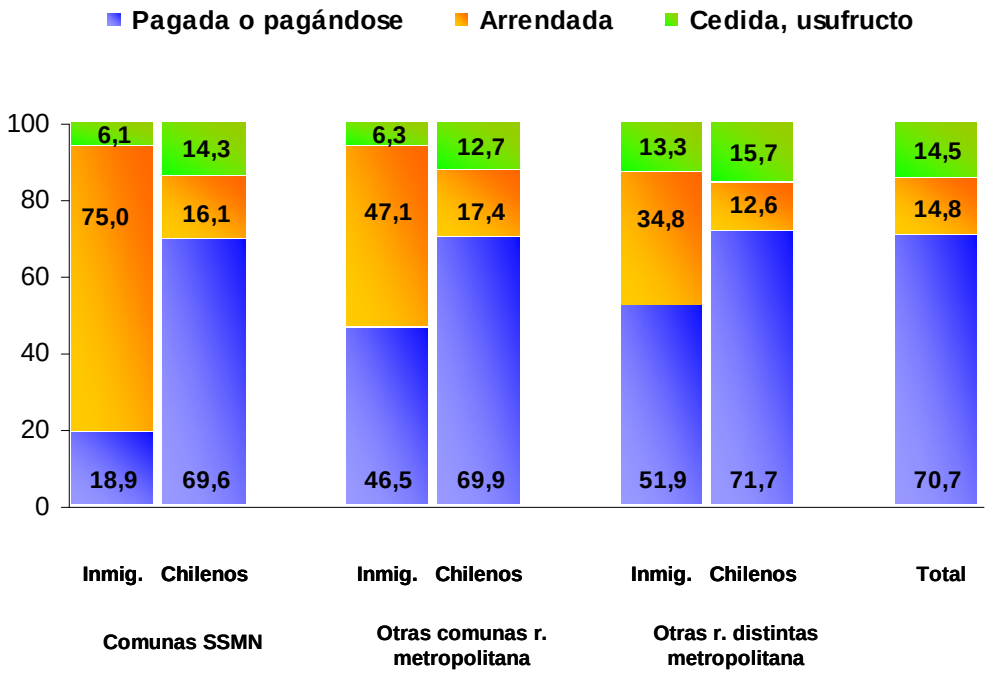
Tipo de residencia	Casa	Departamento	Pieza	Otro	Total
Inmigrantes Comunas SSMN	83,0	10,5	6,5	0,0	100
Chilenos Comunas SSMN	89,1	9,7	0,3	1,0	100
Inmigrantes otras Comunas RM	61,2	35,6	3,1	0,1	100
Chilenos otras Comunas RM	83,5	15,1	0,7	0,7	100
Inmigrantes otras regiones	88,7	7,9	1,8	1,6	100
Chilenos otras regiones	95,1	3,6	0,3	1,0	100
Total	90,5	8,2	0,5	0,9	100

Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

Según datos de la encuesta CASEN 2006, el 71% de la población del país vive en una vivienda "propia pagada" o "propia pagándose" variando entre 69% y 72% en los distintos lugares de residencia.

Esta situación es absolutamente distinta en los grupos de inmigrantes. Menos del 20% del conglomerado de extranjeros de las comunas del SSMN, declara vivir en una vivienda propia y el 75% dice que arrienda. Los inmigrantes que residen en regiones distintas a la Metropolitana son los que declaran en mayor porcentaje vivir en una vivienda propia o pagándose, 52%, (Gráfico 10).

Gráfico 10: Condición de propiedad de la vivienda según inmigrantes y lugar de residencia



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

a) Condición de la vivienda, inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta

Según los resultados de la Encuesta realizada a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta, se observa una situación de mayor precariedad en cuanto a disponibilidad de Vivienda. En efecto, el 70% de las viviendas que habitan las familias encuestadas son casas, un 19,2% son piezas o cités y el restante 10,8% se reparte en proporciones idénticas entre departamentos, en edificios y mejoras, mediaguas o piezas al interior de otra vivienda.

Casi la totalidad de las familias incluidas en la muestra (98,5%) ocupan una vivienda arrendada. En cuanto al canon de arriendo, se observa una gran dispersión en los montos que se cancelan. La tendencia modal (32,8%) se ubica en el tramo de $51.000 a $65.000 mensuales (destacando las piezas o cités con un 56%), seguida por el tramo de $66.000 a $100.000 mensuales con un 25%, destacando los departamentos (42,9%).

En los extremos, encontramos un 18,8% que paga entre 20.000 y $50.000 y un 23,4% que paga más de $100.000.

Por otra parte, el 54,6% de las familias comparte su vivienda con otra familia. La situación de compartir la vivienda se observa de manera más típica en el grupo etario de 45 y más años (67,9%), y las personas sin pareja (67,7%).

El 15,4% de las familias no tiene dormitorios de uso exclusivo, observándose que la posesión de este tipo de habitación aumenta junto con el número de integrantes del grupo familiar. La no posesión de uso exclusivo aumenta al 61,5% en el caso de las habitaciones destinadas a comer.

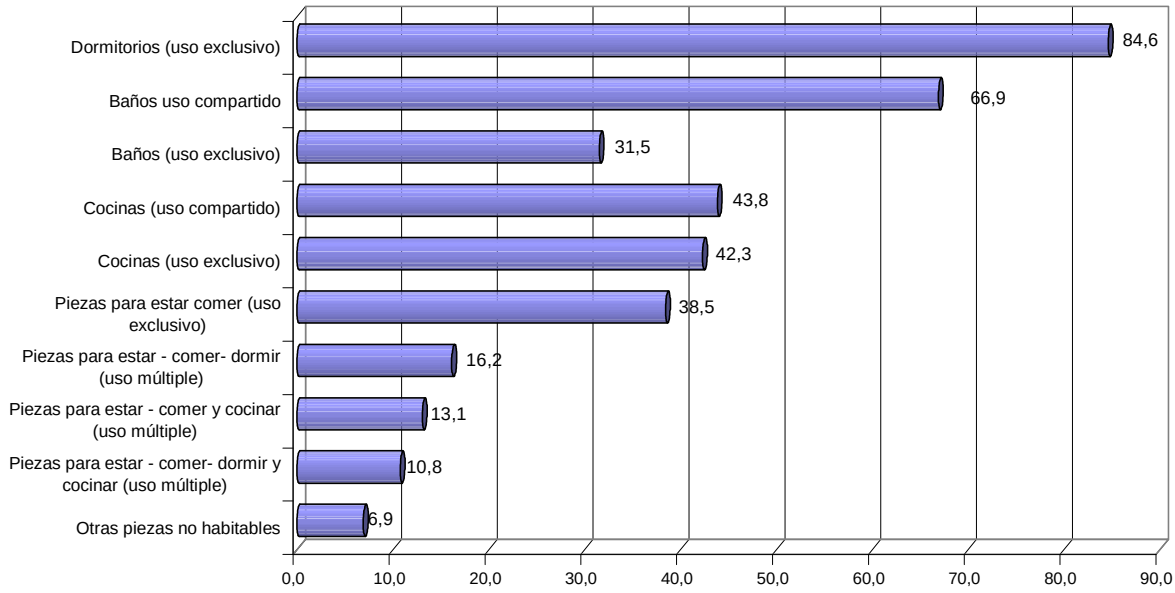
b) Cantidad y tipo de habitaciones de la vivienda

La existencia de habitaciones de uso múltiple alcanza al 16,2% de las familias en el caso de las destinadas a estar, comer y dormir, al 13,1% en el caso de las destinadas a estar, comer y cocinar y al 10,8% en el caso de las destinadas a comer, dormir y cocinar. Las primeras se encuentran más típicamente en familias de entre 2 a 3 integrantes (20,7%), y las dos últimas familias de 6 o más integrantes (26,3% y 15,8% respectivamente).

El 42,3% de las familias ocupan cocina de uso exclusivo, situación más frecuente entre familias de 6 o más integrantes (52,6%).

Finalmente, sólo el 31,5% de las familias posee baño de uso exclusivo, cifra que se eleva al 42,1% entre las familias de 6 o más integrantes.

Gráfico 11: Posesión de habitaciones según tipo de habitación[22]



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

3.2.5 Características del nivel educacional de los inmigrantes

De acuerdo a los datos de la encuesta CASEN 2006, el universo de personas en edad de estudiar -entre 4 y 24 años- se observa que el porcentaje de la población inmigrante que asiste regularmente a un establecimiento educacional es 68%, mientras que para la población chilena este porcentaje sube al 76%.

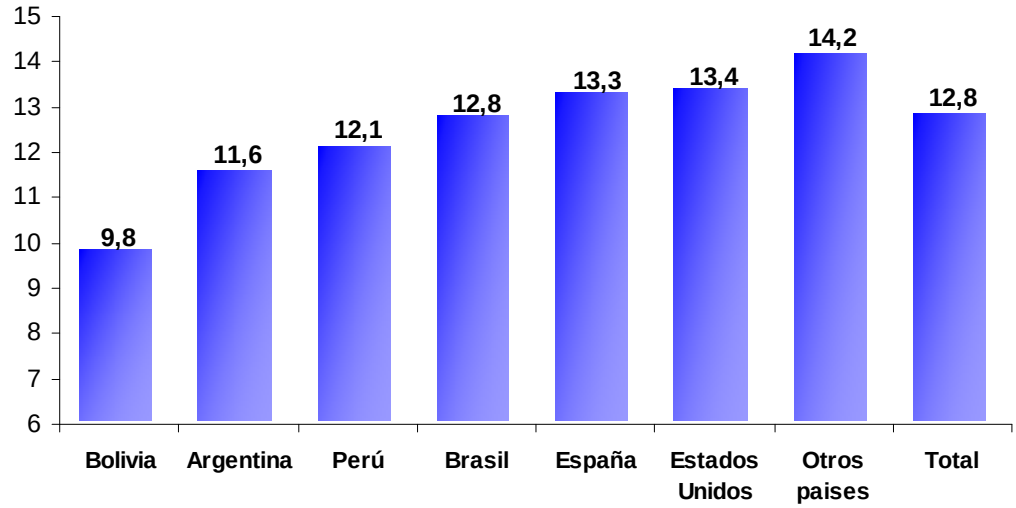
El indicador nacional e internacionalmente más reconocido para medir el nivel educacional de una población corresponde a los años promedio de escolaridad que se calcula para todas las personas mayores de 15 años.

Según esta encuesta, los años promedios de escolaridad para el total de la población del país es de 10,1 años, y este promedio sube en 2,7 años más para la población inmigrante. Es decir, la población inmigrante en Chile tiene en promedio 12,8 años de escolaridad.

La media de escolaridad no difiere significativamente si se analiza según año de llegada al país, esta varía entre 12,4 y 13,0 años promedio entre los que llegan al país antes del año 1996 y después del año 2002. Sin embargo, este indicador varía si se examina según país de origen. En efecto, la escolaridad promedio varía entre 9,8 años promedio para las personas que provienen de Bolivia hasta más de 14 años para la población de otros países, distintos de Argentina, Perú, Brasil, España y Estados Unidos.

[22] % que posee cada tipo de habitación. % total superior a 100% por respuesta múltiple.

Gráfico 12: Años promedio de escolaridad según país de procedencia de los inmigrantes

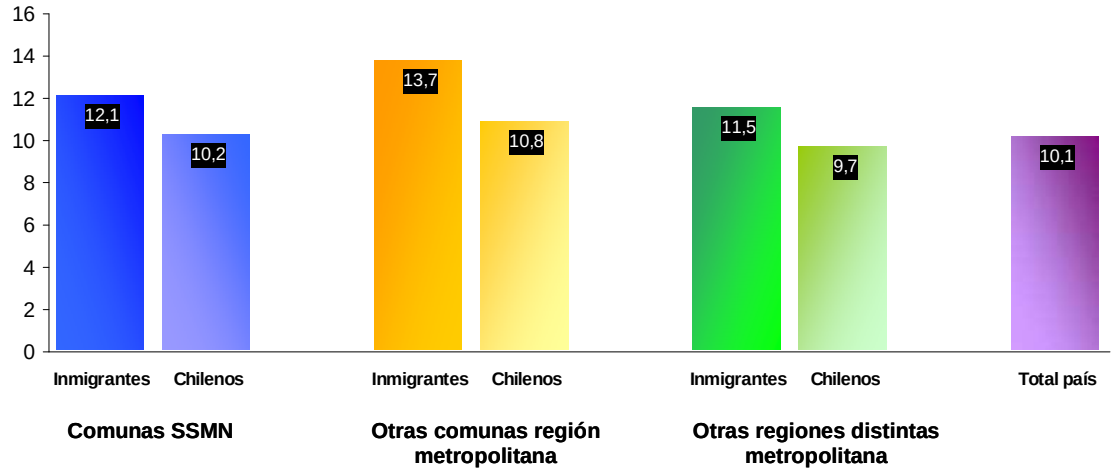


Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

a) Escolaridad y lugar de residencia de los inmigrantes

El gráfico 13, muestra la escolaridad promedio de la población inmigrante y de la población chilena comparando ambas poblaciones en los tres conglomerados de residencia definidos. En él se observa que la escolaridad de la población inmigrante es mayor que la población chilena en todos los grupos; la media de escolaridad de la población inmigrante, que vive en las comunas de la Región Metropolitana que no son del SSMN, es mayor (13,7 años) que los tres grupos de inmigrantes y casi tres años superior a la población chilena de las mismas comunas.

Gráfico 13: Años de escolaridad promedio según conglomerado de residencia



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

3.2.6 Inmigrantes y situación ocupacional

Considerando como universo a la población de 15 a 65 años (ambos incluidos), se observa que el porcentaje de personas ocupadas en la población de inmigrantes, es casi 9 puntos porcentuales (9,5%) mayor que el porcentaje de ocupados de la población chilena (tabla 8).

Se observa también que la tasa de participación es menor en las mujeres que en los hombres, tanto para la población inmigrante como para la población chilena. Sin embargo, la diferencia entre hombres y mujeres es mayor en la población chilena que en la población inmigrante. En efecto, la diferencia en la población inmigrante es de 22,7 puntos porcentuales, mientras que en la población chilena es de 29 puntos.

Complementariamente la tasa de desocupación, que se calcula considerando sólo la Población Económicamente Activa (PEA), es 5,7% para la población inmigrante, mientras que para los chilenos es de 7,3%.

Es importante recordar que estos indicadores son muy volátiles en el tiempo y los datos de la Encuesta CASEN se levantan entre noviembre y diciembre del año 2006, por lo que es importante explicitar que éstos constituyen sólo una referencia y más bien lo que importa es la tendencias en las diferencias más que el valor intrínseco.

Tabla 8: Condición de actividad según condición de inmigrantes y sexo

Condición de actividad	Inmigrantes			Chilenos		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Ocupados	74,8	52,1	62,5	68,2	39,0	53,0
Desocupados	3,1	4,4	3,8	4,4	4,0	4,2
Inactivos	22,1	43,5	33,7	27,4	56,9	42,8
Total	100	100	100	100	100	100
Tasa de desocupación	3,9	7,8	5,7	6,0	9,4	7,3

Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

3.2.7 Inmigrantes y situación de pobreza y distribución de ingresos

La pobreza e indigencia en Chile se mide desde el año 1987 con el método de la "línea de pobreza" que consiste que a un individuo se le considera ***pobre*** si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sólo sus necesidades básicas; e ***indigente***, si éste no le permite satisfacer ni siquiera sus necesidades alimentarías. Estos mínimos se denominan ***"línea de pobreza***" y "***línea de indigencia***" respectivamente. Para la CASEN 2006 estos valores fueron de $47.099 para la línea de la pobreza y $23.549 para la indigencia[23] (pesos de noviembre del año 2006).

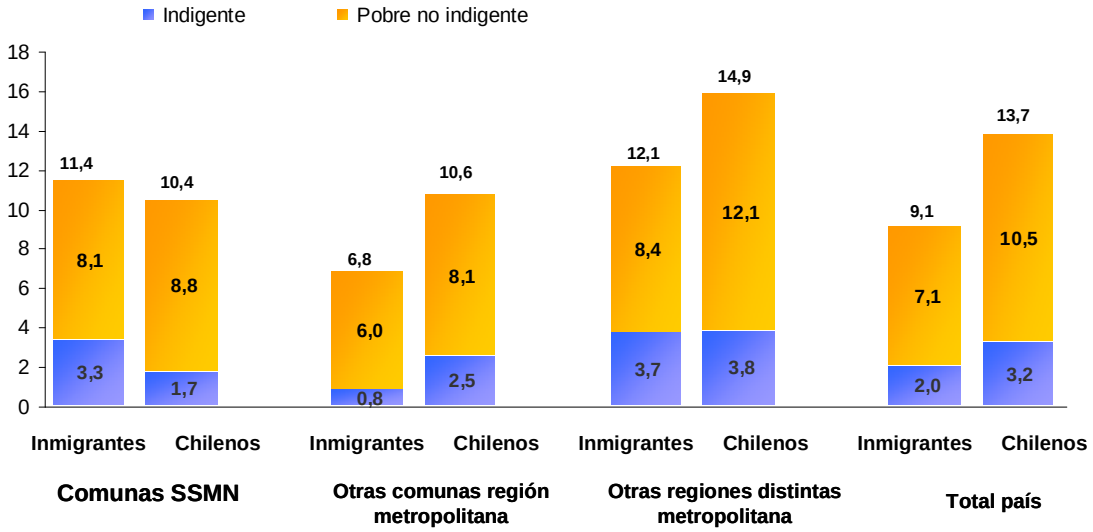
Es importante señalar que las variables de pobreza y distribución del ingreso de la Encuesta CASEN, las calcula la División de Estadísticas y Economía de la CEPAL (Comisión Económica para América

[23] www.mideplan.cl. Encuesta CASEN 2006, documento metodológico

Latina y el Caribe), después de un proceso de ajustes de los ingresos declarados por los encuestados. En pocas palabras, este proceso de ajuste consiste en una metodología que equipara los ingresos declarados por los encuestados a los datos de la Matriz de ingresos de los hogares, datos oficiales para el país emitida por el Banco Central.

El gráfico 14 muestra para los inmigrantes y la población chilena, según cada conglomerado de residencia y para el total país, los porcentajes de población indigente, de población pobre no indigente y de la pobreza total.

Gráfico 14: Distribución porcentual de la población indigente y pobre no indigente según inmigrantes y población chilena



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

En el gráfico 14 se observa que el porcentaje de población pobre para la población chilena, total país es de 13,7% de los cuales el 3,2% corresponde a extrema pobreza (población indigente). La pobreza total para la población inmigrante es de 9,1%.

Los inmigrantes del conglomerado de las regiones distintas a la Metropolitana, es el grupo que tiene el mayor porcentaje de pobreza (12,1%) comparado con los otros conglomerados. Sin embargo, el grupo de comunas del SSMN es el único conglomerado en que la población inmigrante tiene un porcentaje de indigencia y de pobreza mayor que la población chilena del mismo conglomerado, destacándose que la proporción de población indigente es casi dos veces (3,3%) mayor en la población inmigrante, comparado con el 1,7% de la población chilena.

Los inmigrantes del conglomerado de comunas de la Región Metropolitana que no son del SSMN, es el grupo que tiene el menor porcentaje de población indigente y de población pobre no indigente, comparado con todos los otros grupos de estudio, (gráfico 14).

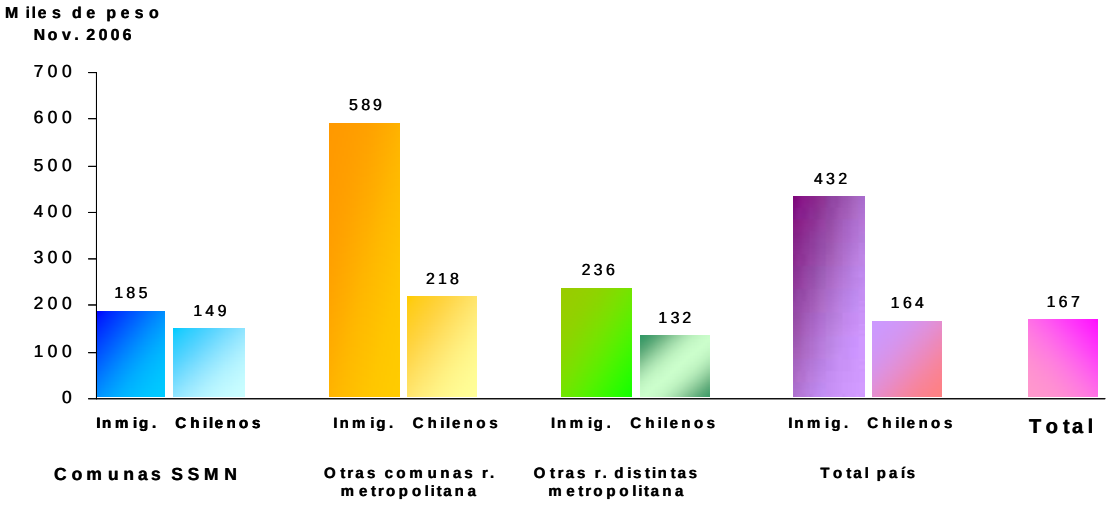
a) Ingreso promedio per cápita total del hogar según inmigrantes y conglomerado de residencia

El ingreso promedio per cápita de los hogares del país[24], es bastante heterogéneo entre los distintos conglomerados y entre la población inmigrante y la población chilena. En efecto, el ingreso promedio total per cápita para toda la población del país es de 167 mil pesos (pesos de noviembre del 2006). Al comparar entre población inmigrante y población chilena, este promedio varía entre 432 mil y 164 mil pesos respectivamente.

Los inmigrantes que residen en comunas de la Región Metropolitana distintas a las del SSMN tienen un ingreso promedio casi tres veces mayor que la población chilena de ese mismo conglomerado, (589 mil pesos para la población inmigrante y 218 mil para la población chilena).

La diferencia del ingreso promedio per cápita entre chilenos e inmigrantes en el grupo de comunas del SSMN es menor comparada con la diferencia en los otros conglomerados. El ingreso promedio para los inmigrantes de ese grupo es de 185 mil pesos mientras que los chilenos de ese mismo grupo tienen un ingreso promedio de $149.000 (Gráfico 15).

Gráfico 15: Ingreso promedio per cápita total del hogar según inmigrantes y conglomerados de residencia



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

b) Distribución del Ingreso según condición de Inmigrante

La forma más ampliamente utilizada para cuantificar la distribución del ingreso en Chile, es a través de la variable quintil de ingreso que se construye de acuerdo al siguiente procedimiento: se ordenan todos

[24] El ingreso per cápita total del hogar incluye todos los ingresos provenientes del trabajo y de otras fuentes y se divide por el total de personas del hogar

los hogares del país de menor a mayor ingreso autónomo[25] per cápita, luego se construyen 5 grupos de igual número de hogares, el primer grupo se identifica con el nombre de I (primer) quintil y corresponde al 20% de los hogares con los menores ingreso del país, el V quintil (quinto) corresponde al 20% de los hogares con los ingreso más altos. De esta manera cada hogar de la muestra queda identificado con el valor 1 a 5 respectivamente y todas las personas de un mismo hogar asumen el valor con el cual quedo clasificado ese hogar.

Dado que la variable quintil está creada para el total de hogares encuestados sin discriminar entre familias de personas chilenas o familias de extranjeros, el número de hogares de inmigrantes en los distintos valores de la variable quintil, no corresponde al 20%. A mayor número de hogares en los quintiles de ingreso más alto, significa que los hogares de inmigrantes en general tienen un ingreso per cápita autónomo del hogar mayor que los hogares de chilenos.

En efecto, la distribución del número de hogares según quintil de ingreso autónomo muestra que casi el 50% de los hogares cuyo jefe de hogar es un inmigrante pertenece al quintil más rico de la población y sólo el 11% de los hogares de inmigrantes pertenece al quintil más pobre del país.

Tabla 9: Quintil de ingreso autónomo según número de hogares de inmigrantes y chilenos

Quintil de Ingreso	Hogares de Inmigrantes*		Hogares de Chilenos		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
I	6.728	11,1	862.147	20,2	868.875	20,0
II	5.881	9,7	860.031	20,1	865.912	20,0
III	7.622	12,5	859.213	20,1	866.835	20,0
IV	11.573	19,0	856.496	20,0	868.069	20,0
V	29.018	47,7	838.357	19,6	867.375	20,0
Total	60.822	100,0	4.276.244	100,0	4.337.066	100,0

(*) Significa que la persona que se declara jefe de hogar corresponde a un inmigrante

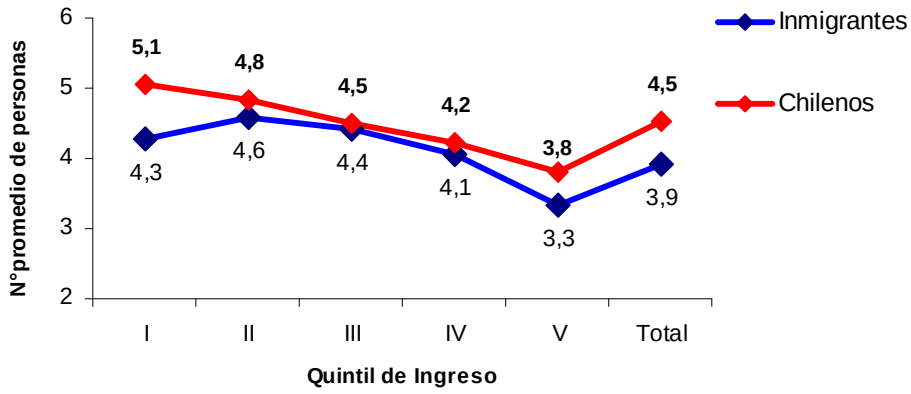
Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

c) Número promedio de personas por hogar según quintil de ingreso autónomo y hogares de inmigrantes y chilenos

En general el número promedio de personas por hogar en Chile, siempre es menor en los hogares de los quintiles de mayores ingresos. El grafico 16, muestra que para los hogares cuyo jefe de hogar corresponde a un chileno, el número promedio de personas es de 4,5; este valor varía entre 5,1 y 3,8 individuos por hogar, con una tendencia bastante clara. En las familias cuyo jefe de hogar corresponde a un inmigrante, esta tendencia también es hacia la baja pero con una gradiente menos acentuada. Sin embargo, para los hogares de extranjeros, también es posible afirmar que los hogares de mayores ingresos en promedio tienen un número de integrantes menor que los hogares de los quintiles más pobres (Gráfico 16).

[25] Se define como ingreso autónomo a todos los ingresos que provienen del trabajo, no se incluye ningún tipo de subsidio del estado

Gráfico 16: Número promedio de personas por hogar según quintil de ingresos y hogares inmigrantes y de chilenos



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

3.2.8 Inmigrantes y situación de salud

Entre los distintos módulos que contiene la encuesta CASEN se encuentra el de salud cuyos principales objetivos son: estimar el acceso de la población a la atención de salud; conocer la cobertura de los programas más universales y como se distribuyen en la población del país.

A continuación se entrega un análisis de las preguntas más importantes del módulo de salud y su relación con la población inmigrante, comparando con la población chilena cuando es pertinente. Este análisis se enriquece con una descripción de algunas de las variables específicas incluidas en la encuesta realizada a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta.

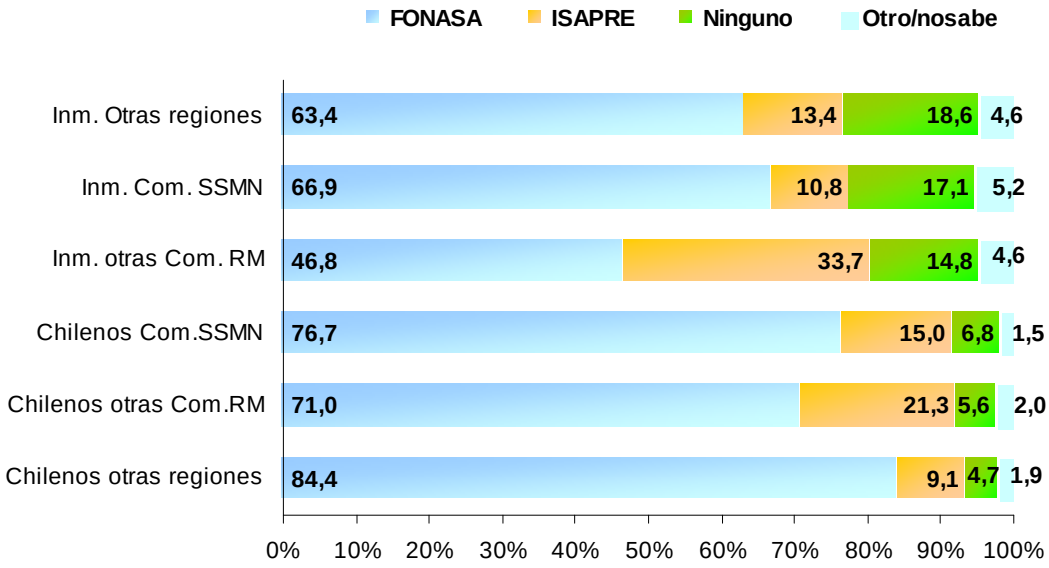
a) Sistema previsional de salud y población inmigrante según conglomerado de residencia.

El gráfico 17 muestra la distribución porcentual de la pertenencia a sistema previsional de salud según los distintos conglomerados de comunas, en el que se observa que los conglomerados de inmigrantes son los que tienen los mayores porcentajes de **no** pertenencia a ningún sistema previsional de salud.

Más del 15% de la población de los grupos de inmigrantes de otras regiones e inmigrantes de las comunas del SSMN dicen no pertenecer a ningún sistema previsional de salud, lo que indicaría que estos grupos están en una situación de mayor vulnerabilidad que la población chilena, desde la perspectiva de acceso a la atención de salud.

Complementariamente a lo señalado en el párrafo anterior, el porcentaje de población que dice pertenecer al sistema de ISAPRES es mayor en los inmigrantes de las comunas de la Región Metropolitana que no son del SSMN (33,7%) y el menor porcentaje del sistema privado se observa en los chilenos de otras regiones y en los inmigrantes de las comunas del SSMN.

Gráfico 17: Distribución porcentual sistema de salud previsional según inmigrantes y conglomerado de residencia.



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

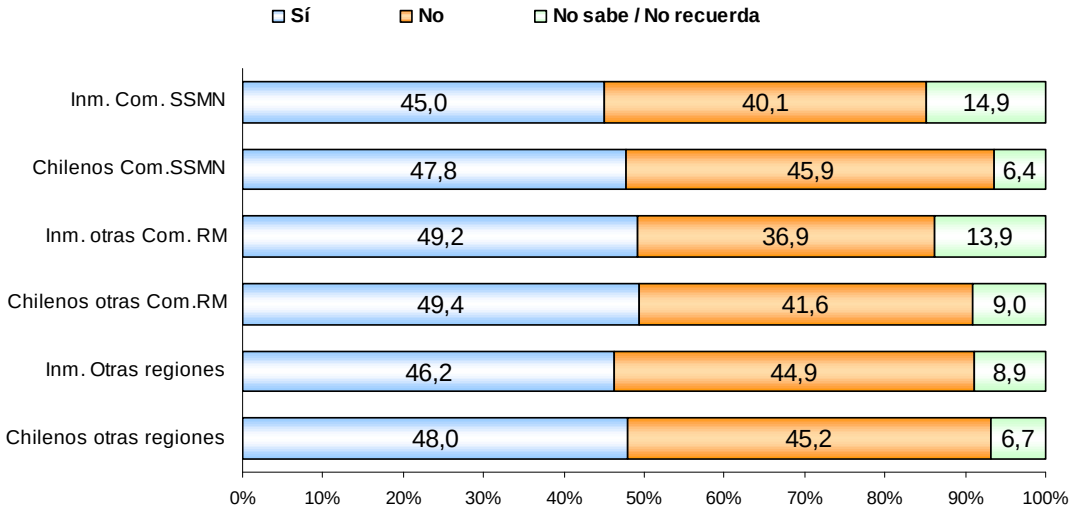
b) Examen para el control del cáncer cérvico-uterino y población inmigrante

De acuerdo a los datos de la encuesta CASEN 2006, frente a la pregunta, "en los últimos tres años se ha hecho el Papanicolau"; que es el examen para detectar el cáncer cérvico-uterino (PAP), el 48,5% de la mujeres mayores de 15 años señala habérselo realizado, un 43,9% que no, y un 7,6% indica no saber o no recordar.

En general, el porcentaje de las mujeres que se hacen el PAP es bastante homogéneo en los distintos sub-universos. Al sumar el porcentaje de mujeres que **NO** se ha hecho el examen Papanicolau, más las que dicen que **no sabe o no recuerda**, el mayor valor se observa en los conglomerados de mujeres chilenas: Los siguientes son los porcentajes de mujeres que no se ha hecho el PAP o no recuerda, en distintos conglomerados:

- Chilenas de las comunas del SSMN 52.3%, e inmigrantes de las comunas del SSMN 55.0%
- Chilenas de otras comunas de la RM (50.6%), e inmigrantes de otras comunas de RM (50.8%)
- Chilenas de otras regiones distintas a la Metropolitana (51.9%) e inmigrantes de otras regiones distintas a RM (53.8%). (Gráfico 18).

Gráfico 18: En los últimos tres años se ha hecho el examen de Papanicolau según conglomerado de inmigrantes y lugar de residencia



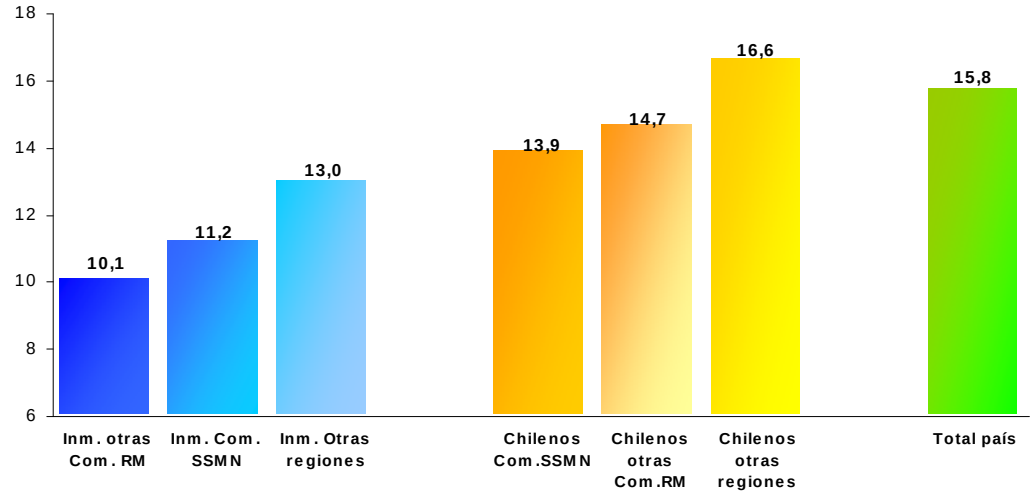
Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

c) Necesidad de atención de salud, en los últimos 30 días según condición de inmigrantes y conglomerado de residencia.

La importancia de la pregunta "En los últimos 30 días ¿ha tenido un problema de salud, enfermedad o accidente?", radica principalmente, en la posibilidad de establecer a partir de ella, los distintos sub-grupos de la población que manifiestan haber tenido una **necesidad de atención** de salud y caracterizarlos desde la perspectiva sociodemográfica y socioeconómica.

Un 15,8% de la población chilena contesta que en los últimos 30 días ha tenido un problema de salud, enfermedad o accidente. Es decir, aproximadamente el 16% de la población del país, declara haber tenido una "necesidad de atención de salud"; este porcentaje es menor en todos los sub-universos de inmigrantes llegando a ser casi 6 puntos porcentuales menor en el grupo de inmigrantes de otras comunas de la Región Metropolitana, comparado con el porcentaje del país, (10,1% y 15,8% respectivamente). (Gráfico 19).

Gráfico 19: Necesidad de atención de salud según conglomerado de inmigrantes y lugar de residencia.



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

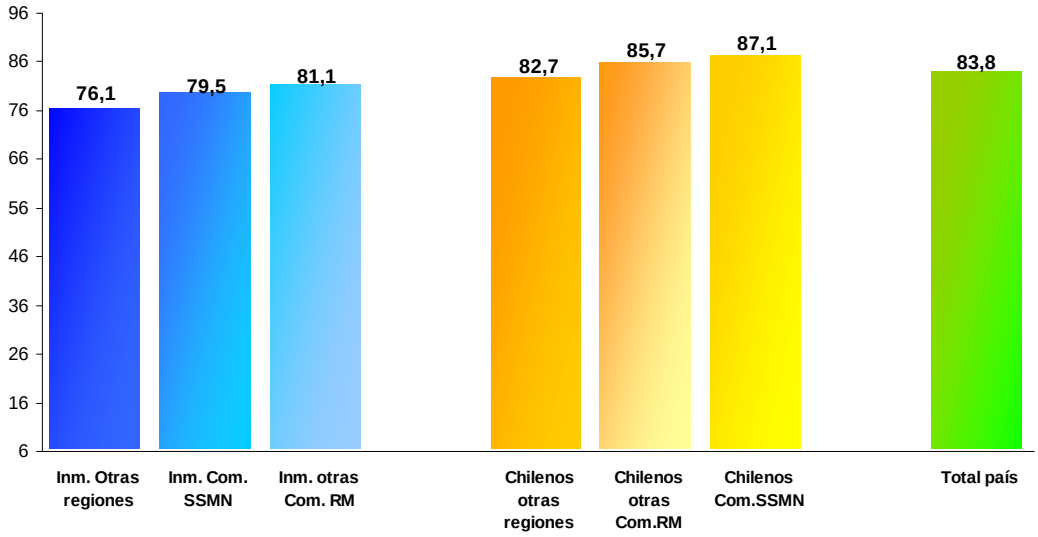
d) Población que demanda atención de salud según condición de inmigrantes y conglomerado de residencia.

A partir de la pregunta de la Encuesta CASEN, ¿Consultó por ese problema, enfermedad o accidente?, es posible identificar a los sub-universos de la población que, habiendo manifestado una necesidad de atención de salud, solicitan o demandan atención de salud y aquéllos que no la demandan. Estos sub-universos se identifican con el nombre de "demanda expresada" y "demanda no expresada".

El 83,8% de la población que presentó necesidad de atención de salud en los últimos 30 días, expresó demanda de atención de salud. Al igual que en el punto anterior, en los tres conglomerados de inmigrantes la demanda expresada de atención de salud es menor en todos los grupos de inmigrantes comparados con la población chilena.

Llama la atención que la mayor diferencia de demanda expresada de atención de salud en las distintas áreas geográficas, es justamente en el universo de comunas del SSMN. El 87,1% de los chilenos de las comunas del área norte, que declaró necesidad de atención de salud, concurrió a algún consultorio o centro de salud, ese porcentaje disminuye a 79,5% en los inmigrantes de las mismas comunas.

Gráfico 20: Demanda de atención de salud según conglomerado de inmigrantes y lugar de residencia



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

A partir del gráfico 20, se desprende que el 16,2% (100% - 83,8%) de la población -que habiendo manifestado necesidad de salud- no solicita atención por esa necesidad, es decir no expresa demanda de atención. La tabla 10 muestra las razones por la que esa demanda no es expresada, en ella se observa que los porcentajes de las categorías "No lo consideró necesario"; "Utilizó remedios caseros"; "Problemas de tiempo" son similares entre la población chilena y la población inmigrante. Sin embargo, la opción "Problemas Económicos" es mayor en 3 puntos porcentuales lo que equivale a un 20% más para la población inmigrante. La opción le cuesta llegar, también es mayor en la población inmigrantes (5,3 y 2,8 respectivamente).

Es importante destacar que en la opción "pidió hora, pero no la obtuvo" es de un 3,8% para la población chilena, mientras que para la población inmigrante esta razón no se menciona. (Tabla 10).

Tabla 10: Razones por la que no solicita atención de salud según condición de inmigrante.

Razones por las que no solicita atención de salud	Inmigrantes	Chilenos	Total
No lo consideró necesario	43,0	45,3	45,3
Utilizó remedios caseros	26,8	26,7	26,7
Problemas económicos	16,5	13,0	13,0
Problemas de tiempo	8,5	8,3	8,3
Le cuesta llegar	5,3	2,8	2,8
Pidió hora, pero no la obtuvo	0%	3,8	3,8
Total	100	100	100

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006*

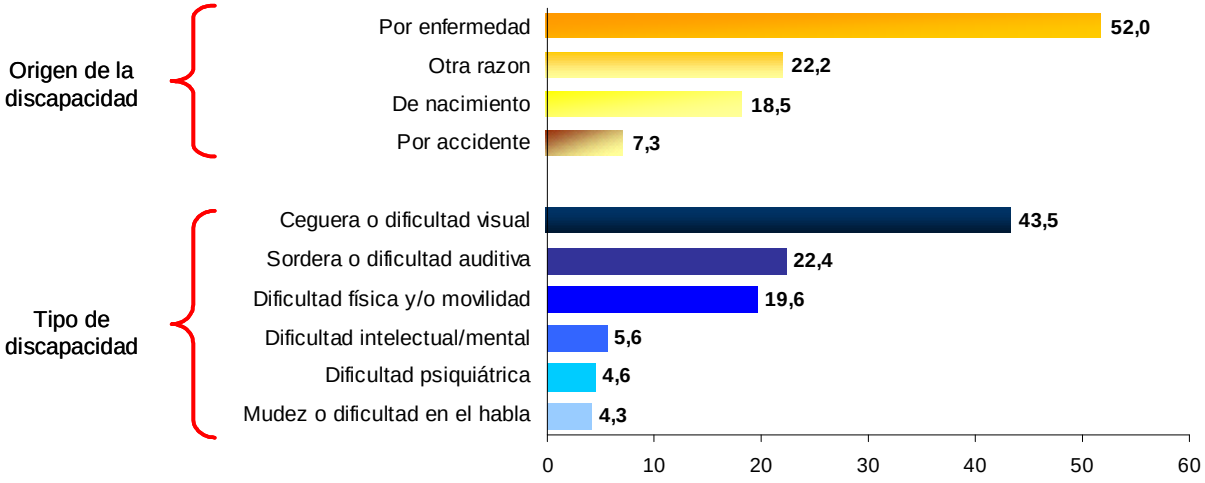
e) Presencia de condición de discapacidad y población inmigrante.

Según datos de la encuesta CASEN 2006, el 7% de la población tiene alguna condición de discapacidad, proporción que desciende al 3,8% en la población inmigrante.

La población inmigrante que dice tener alguna condición de discapacidad son típicamente hombres (58%), con una media de edad de 54 años, -el 40% mayor de 60 años-, con más de 10 años viviendo en el país (72%), es decir llegaron antes del año 1996.

El gráfico 21 muestra que más del 50% de las discapacidades provienen por enfermedad y el 7% por accidente. A su vez las principales discapacidades son la dificultad visual y la dificultad auditiva.

Gráfico 21: Origen y tipo de discapacidad, población inmigrante



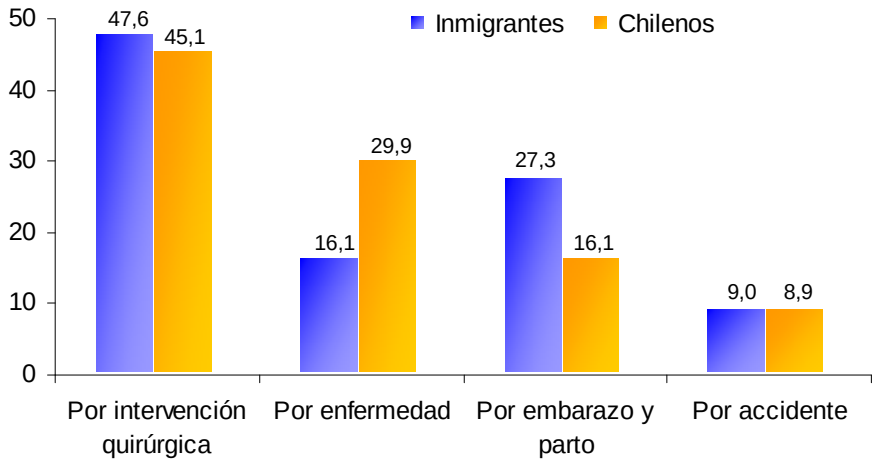
Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

f) Evento de hospitalización y población inmigrante.

Según datos de la encuesta CASEN 2006, el porcentaje de la población del país que declara haber estado hospitalizada en los últimos 12 meses (noviembre 2005-noviembre 2006) alcanza al 6,1% porcentaje que sube al 6,5% en la población inmigrante.

El análisis de la causa de la hospitalización muestra importantes diferencias entre la población inmigrante y la población chilena. En efecto, el porcentaje de los que se hospitalizan por enfermedad es casi el doble en la población chilena (16,1% y 30% para inmigrantes y chilenos respectivamente). Sin embargo, la causa "por parto o embarazo", es casi un 70% mayor en la población inmigrante (27,3% y 16,1%). (Gráfico 22).

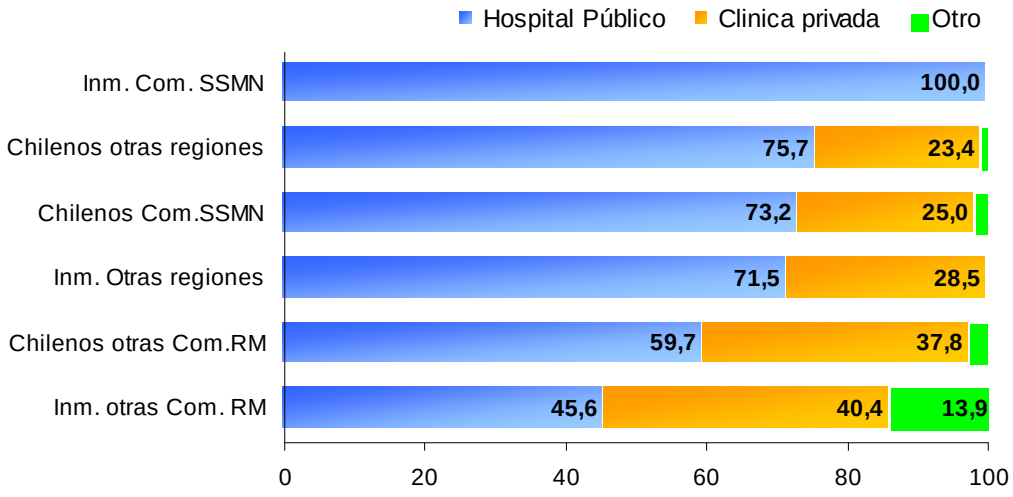
Gráfico 22: Causa de hospitalización según condición de inmigrante



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

El 100% de los inmigrantes de las comunas del SSMN que declaran haber estado hospitalizados reportan haberlo estado en un hospital público, mientras que más del 40% de los inmigrantes de otras comunas de la Región Metropolitana que requirieron de hospitalización lo hicieron en una clínica privada (Gráfico 23).

Gráfico 23: Establecimiento de hospitalización según inmigrantes y lugar de residencia



Fuente: Elaboración Propia, Base de datos CASEN 2006

En el módulo de salud de la encuesta realizada a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta se incorporaron algunas preguntas específicas que no están disponibles en la encuesta CASEN y que se relacionan principalmente con una opinión acerca de ¿Dónde se atenderían en caso de necesitar un servicio de salud?, la experiencia que han tenido cuando han sido atendido, una evaluación de la atención recibida cuando corresponde y como perciben el estado de su salud.

Además siguiendo el formato de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud implementada el año 2006 por el Ministerio de Salud, se le solicitó al encuestado que de un listado de 17 enfermedades agudas, indique cual de ellas ha tenido en los últimos treinta días, este análisis se compara con los resultados de la población chilena publicada por el MINSAL.

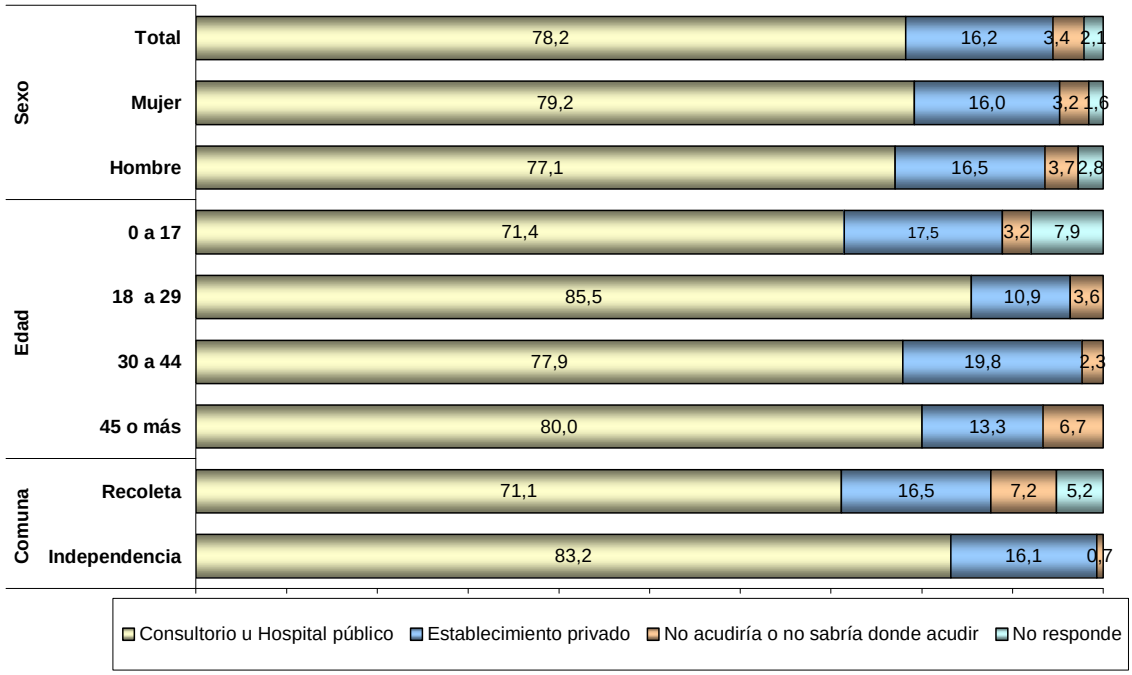
g) A dónde se dirigiría en caso de problema de salud

Si se agrupa el sector público, se observa que cuatro de cada cinco entrevistados, (78,2%) recurriría a un hospital o a un consultorio del sistema público en caso de enfermedad, con una leve preferencia por el primero. Es así como el 43,2% acudiría a un hospital público, sobresaliendo los residentes en Independencia (50,4%), los mayores de 45 años (53.3%), los jefes de hogar (54,2%), el tramo intermedio de ingreso (58,5%) y los sin previsión (53,2%), a la vez que las menciones del hospital público se incrementan a medida que disminuye la antigüedad de los inmigrantes en Chile (desde el 47,5% entre los ingresados desde el 2003 hasta el 14,3% entre los llegados antes de 1996).

Por su parte, el 35% de los presentes al momento de la encuesta se dirigirían a un consultorio público, proporción que asciende al 41,4% entre los cónyuges del jefe de hogar, al 45,8% entre quienes no trabajan, al 41,0% en el tramo inferior de ingresos, al 40,9% entre los afiliados a previsión y al 52,3% entre quienes participan de alguna organización. La mención del consultorio como el lugar al que acudirían en caso de un problema de salud se incrementa junto con la antigüedad en Chile (desde el 26,3% entre los llegados desde el año 2003 en adelante hasta el 71,4% entre los ingresados antes de 1996).

Finalmente, el 12,4% acudirían a consulta o establecimiento privado, en caso de un problema de salud; se destacan los cónyuges del jefe de hogar (17,2%), los de ingreso superior (29,2%) y los afiliados al sistema privado de salud (21,4%).

Gráfico 24: Lugar al cual se dirigiría en caso de problemas de salud según sexo, edad y comuna de residencia



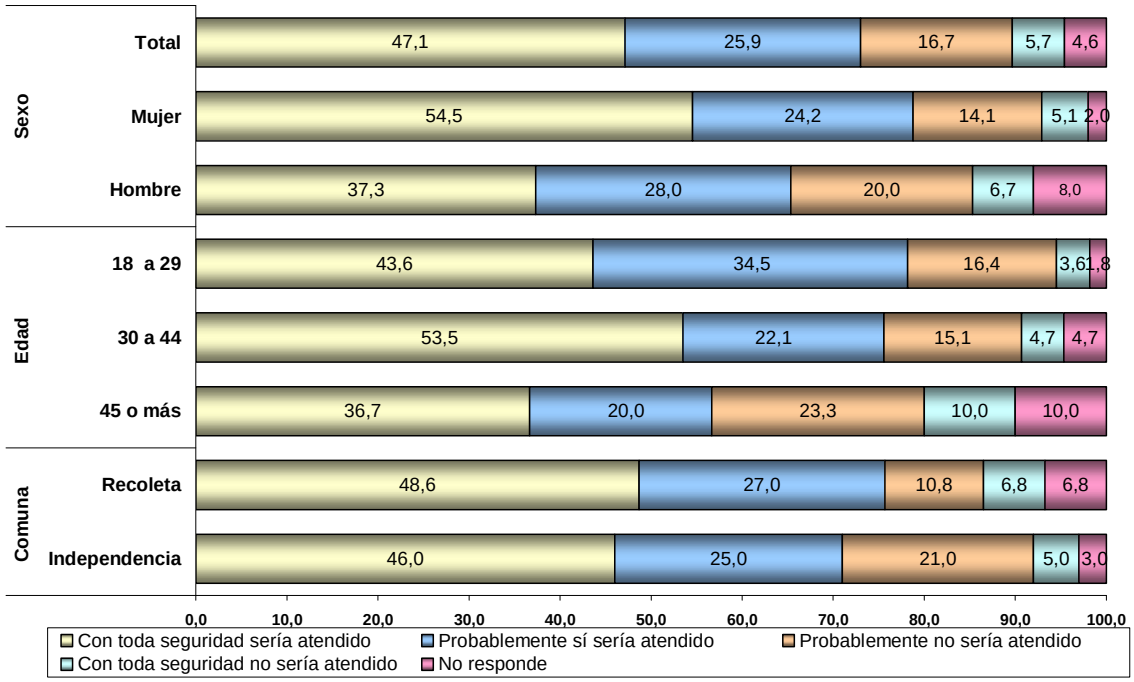
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

h) Percepción de probabilidad de ser atendido por problema de salud

Cerca de la mitad de los mayores de 15 años consultados (47,1%) manifiestan certeza de que serían atendidos en caso de presentar un problema de salud y acudir a un centro público de atención; esta certeza es más pronunciada entre las mujeres (54,5%), el grupo etario de 30 a 44 años (53,5%), los cónyuges del jefe de hogar (55,2%) y los afiliados al sistema público de salud (56,6%).

Una cuarta parte (25,9%) señala que es probable que lo atiendan y la sexta parte (16,7%) menciona la probabilidad de no ser atendido, proporción que se eleva al 20% entre los hombres, al 27,9% entre los no afiliados a ningún sistema de salud y al 20% en el grupo etario de 45 o más años, grupo en que además la décima parte (10%) menciona la seguridad de no ser atendido en absoluto, duplicando la media de la muestra total en esta creencia (5,7%).

Gráfico 25: Percepción de probabilidad de ser atendido por problema de salud según sexo, edad y comuna de residencia (personas de 15 años y más presentes)



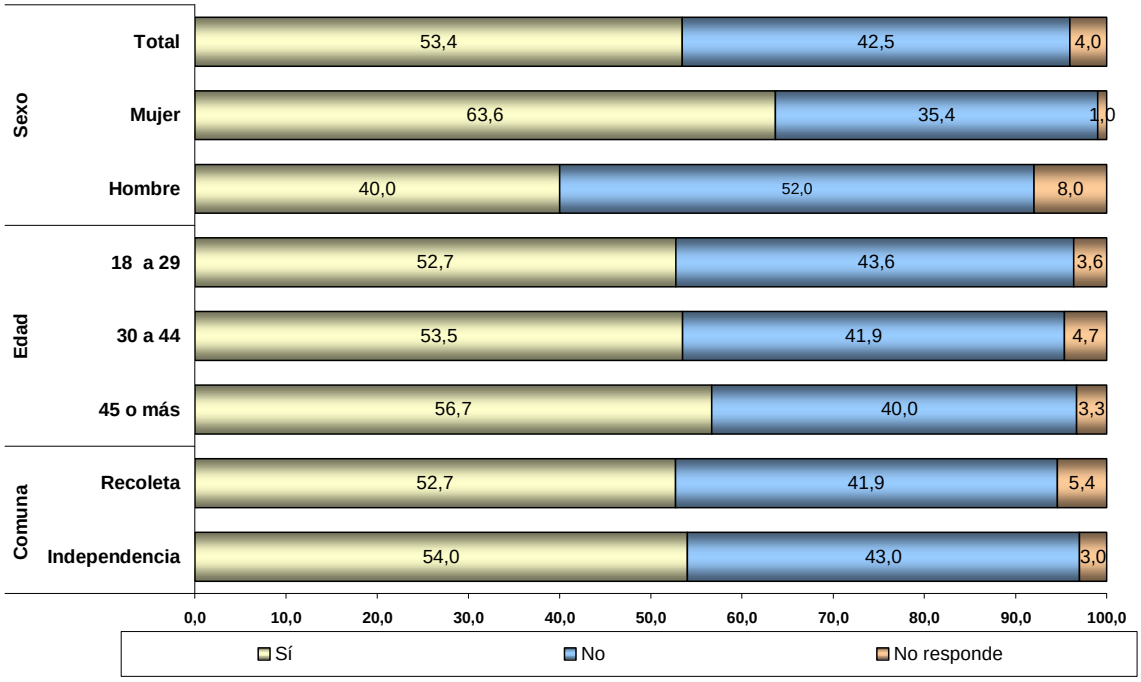
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

i) Experiencias de atención en centros públicos de salud

Más de la mitad de los mayores de 15 años consultados (53,4%) reportaron haber sido atendidos alguna vez en un centro público de atención de salud. Esta experiencia es más acentuada entre las mujeres (63,6%), el grupo etario de 45 y más (56,7%), los cónyuges del jefe de hogar (69,0%), las personas que estaban buscando trabajo (66,7%), los que tienen previsión (61,4%) y los afiliados al sistema público de salud (68,7%), a la vez que se incrementa mientras mayor es la antigüedad del inmigrante (desde un 38,9% entre los llegados desde el año 2003 en adelante al 84,6% entre los ingresados antes de 1996).

Quienes señalaron que nunca han se han atendido en un centro público de salud, ya sea porque no han acudido, no han requerido concurrir o se les ha negado la atención, constituyen el 42,5% del total de las personas mayores de 15 años, cifra que se eleva entre los hombres (52,0%), los que no tienen previsión (50,6%) y, sobre todo, entre los que no están afiliados a ningún sistema de salud (65,6%).

Gráfico 26: ¿Ha sido atendido en centros públicos de salud?, según sexo, edad y comuna y residencia (personas de 15 años y más presentes)



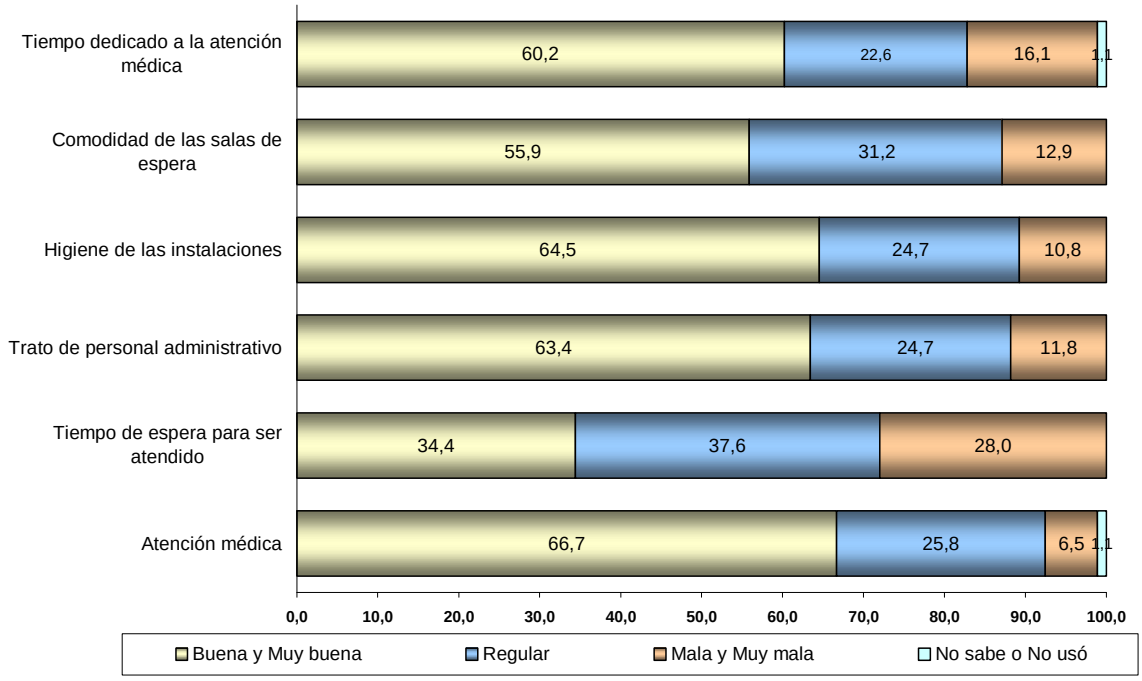
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

j) Evaluación de última atención recibida en establecimiento de salud

A quienes reportaron alguna experiencia de atención de salud en un centro público, se les solicitó que evaluaran distintos aspectos de la última atención recibida.

El gráfico 27 a continuación, resume los resultados obtenidos:

Gráfico 27: Evaluación de última atención recibida en establecimiento de salud (personas de 15 años y más presentes)



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

La tabla 11, muestra un ordenamiento de los distintos aspectos de la atención, según su nivel de evaluación positiva (suma de calificación "muy bueno" y "bueno").

Tabla 11: Evaluación de Aspectos de la Atención

Ítem	% de evaluación Positiva
Atención médica	66.7
Higiene de las instalaciones	64.5
Trato del personal administrativo	63.4
Tiempo dedicado a la atención médica	60.2
Comodidad de salas de espera	55.9
Tiempo de espera para ser atendido	34.4

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

Como se aprecia, un aspecto –la atención médica- es el que obtiene dos terceras partes de evaluación positiva; le siguen tres de ellos con puntajes sobre el 60%, mientras que la comodidad de las salas de espera se ubica en el quinto lugar con una evaluación positiva superior al 50%.

Finalmente, el tiempo de espera para ser atendido es claramente el aspecto peor evaluado, con apenas un 34,4% de calificaciones favorables y un 28% de calificaciones desfavorables; éste es también el aspecto que obtiene la más alta calificación de regular (37,6%).

Siendo la calificación positiva la tendencia predominante -transversal a todos los segmentos de inmigrantes- en cinco de los seis aspectos evaluados, la tabla 12 entrega una síntesis de los perfiles más típicos de quienes evalúan regular o mal cada unos de los aspectos.

Tabla 12: Perfiles de inmigrantes que evalúan regular o mal las distintas dimensiones de la atención de salud recibida

Ítem	Segmentos que califican regular	Segmentos que califican mal
Atención médica	Grupo 18 a 30 años (34,3%)	
Higiene de las instalaciones	Grupo 18 a 30 años (31,4%)	Grupo de 31 a 45 años (14,6%) Residentes en Independencia (14,8%) Sin previsión (16,7%)
Trato del personal administrativo	Grupo 18 a 30 años (34,3%) Inmigrantes que harán el trámite para regularizar su situación (33,3%)	Mujeres (11,1%) Inmigrantes que harán el trámite para regularizar su situación (20,0%) Tramo inferior de ingresos (15,7%)
Tiempo dedicado a la atención médica		Grupo de 46 a 74 años (25,0%) Jefes de hogar (21,0%) Ingresados desde 2003 (18,9%) Tramo superior de ingresos (36,4%)
Comodidad de salas de espera	Residentes en Independencia (35,2%)	Hombres (23,3%) Grupo de 31 a 45 años (19,5%) Jefes de hogar (18,5%) Tramo superior de ingresos (27,3%)
Tiempo de espera para ser atendido	Hombres (46,7%) Grupo 18 a 30 años (45,7%) Ingresados antes de 1996 (45,5%) Tramo superior de ingresos (54,5%) Con previsión (42,6%)	Mujeres (28,6%) Grupo de 46 a 74 años (31,3%) Tramo medio de ingresos (32,2%)

Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

k) Autopercepción del estado de salud

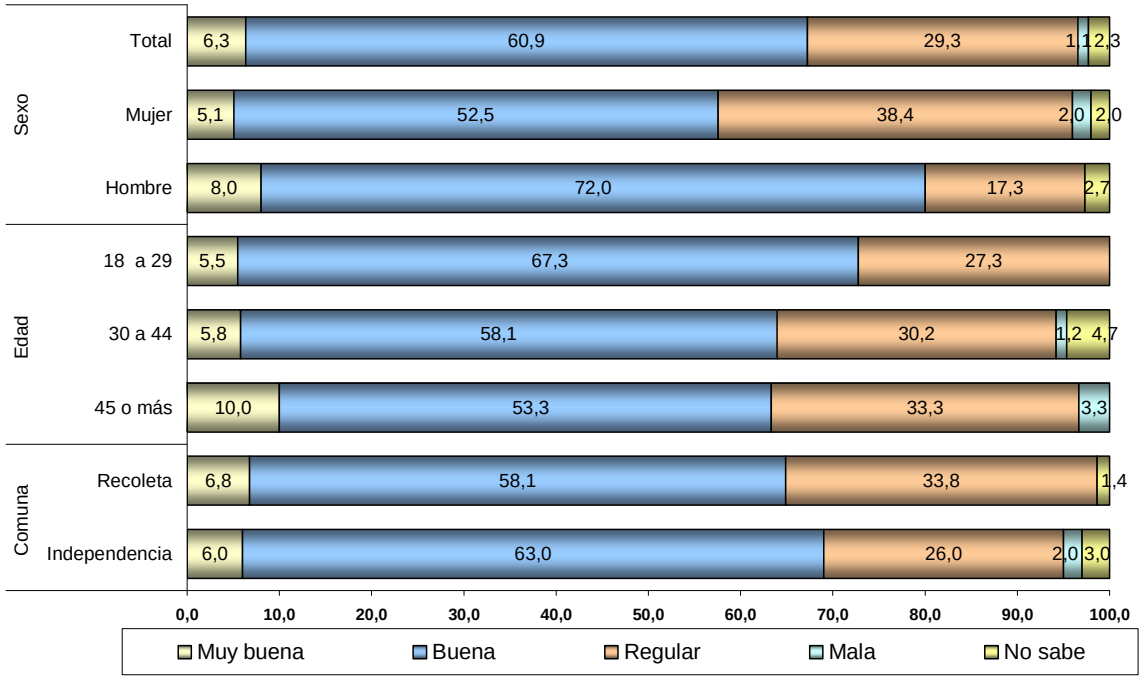
En la literatura especializada esta ampliamente demostrado que la percepción de salud de la población es un buen "proxy" del estado real de salud de una comunidad[26], la encuesta realizada a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta incluyo una pregunta de percepción de salud a todos los mayores de 15 años presentes al momento de realización de la encuesta.

Aproximadamente dos de cada tres personas mayores de 15 años (67,3%) estiman que su salud es buena o muy buena. Esta percepción es más acentuada en los hombres (80,0%), a la vez que aumenta junto con el incremento del ingreso (desde 60,6% en el tramo inferior al 75% en el tramo superior) y con la disminución de la antigüedad en Chile (desde el 46,2% entre los llegados antes de 1996 al 75,8% entre los ingresados desde el año 2003 en adelante).

El 29,3% estima que su salud es regular, destacándose las mujeres (38,4%), el grupo etario de 45 o más años (33%) y las personas sin pareja (35,7%).

Los que consideran que su estado de salud es malo o muy malo alcanzan al 3,9% del total de los mayores de 15 años.

Gráfico 28: Autopercepción de estado de salud según sexo, edad y comuna (personas de 15 años y más presentes)



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

[26] La Encuesta CASEN incluye la pregunta de percepción de salud en las versiones del año 2000 y 2003 pero no en la versión del año 2006.

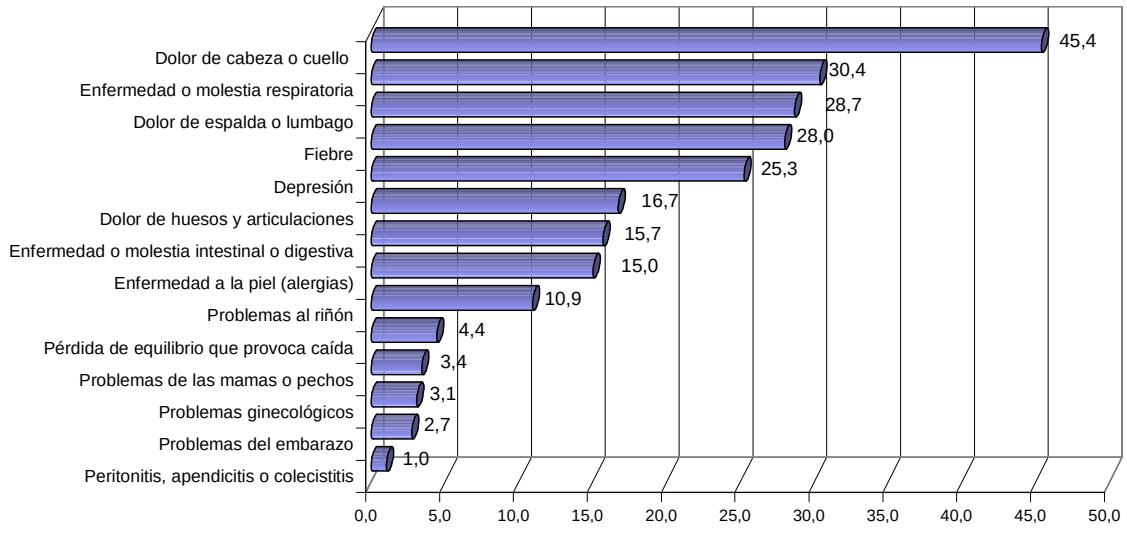
I) Enfermedades registradas en los últimos 30 días

No obstante que la respuesta a la pregunta espontánea de si, "En los últimos 30 días, ¿ha tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente?" sólo el 13% de los encuestados reporta haber tenido algún problema de salud en los últimos 30 días, el 50,9% de las entrevistados menciona haber tenido al menos una enfermedad de las incluida en el listado de la encuesta de Calidad de Vida.

El gráfico 29, muestra que, las enfermedades con mayor frecuencia de respuesta son:

- Dolor de cabeza y cuello
- Enfermedad o molestia respiratoria
- Dolor de espalda o lumbago
- Fiebre
- Depresión

Grafico 29: Enfermedades o problemas de salud que han tenido los encuestados en los últimos 30 días (porcentaje sobre el total de casos, respuesta múltiple)



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

Los segmentos que se ubican por sobre la media son: mujeres (55,9%), personas con pareja (56,7%), llegados a Chile hasta el año 2003 (55%) y personas que estaban buscando trabajo (77,3%); por otra parte, la mención asistida de algún problema de salud sube junto con la edad (desde 44,4% en el tramo menor a 18 años hasta 54,5% en el grupo 45 o más) y también se incrementa a medida que disminuye el nivel de ingreso (desde 43,6% en el nivel de ingreso superior al 65,1% en el inferior).

Según los resultados de la encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2006, representativa del conjunto de la población del país e implementada por el MINSAL las cinco enfermedades más mencionas son[27]:

- Dolor de cabeza
- Dolor de espalda y lumbago
- Dolor de hueso y articulaciones
- Enfermedades o molestias respiratorias
- Enfermedades o molestias digestivas.

Cabe mencionar que en la población inmigrante la depresión aparece en quinto lugar mientras que en la población total del país esta patología aparece en el 7° lugar.

La fiebre esta en 4° lugar en la población inmigrante y para la población chilena es la octava mención.

El dolor de hueso y articulaciones y las enfermedades o molestias digestivas que para la población chilena aparece en las 5 primeras menciones en la población inmigrantes de las Comunas de Independencia y Recoleta corresponden a las ubicaciones sexta y séptima respectivamente.[28]

m) Uso de métodos de protección en relaciones sexuales

El 38,4% de las mujeres mayores de 15 años reporta el uso de algún método de protección en sus relaciones sexuales. Este uso es mayor entre las residentes en la comuna de Independencia (45,6%) y las mujeres con pareja (46,3%), a la vez que se incrementa junto con el aumento del ingreso (desde 30,6% en el tramo inferior al 57,1% en el tramo superior de ingresos)

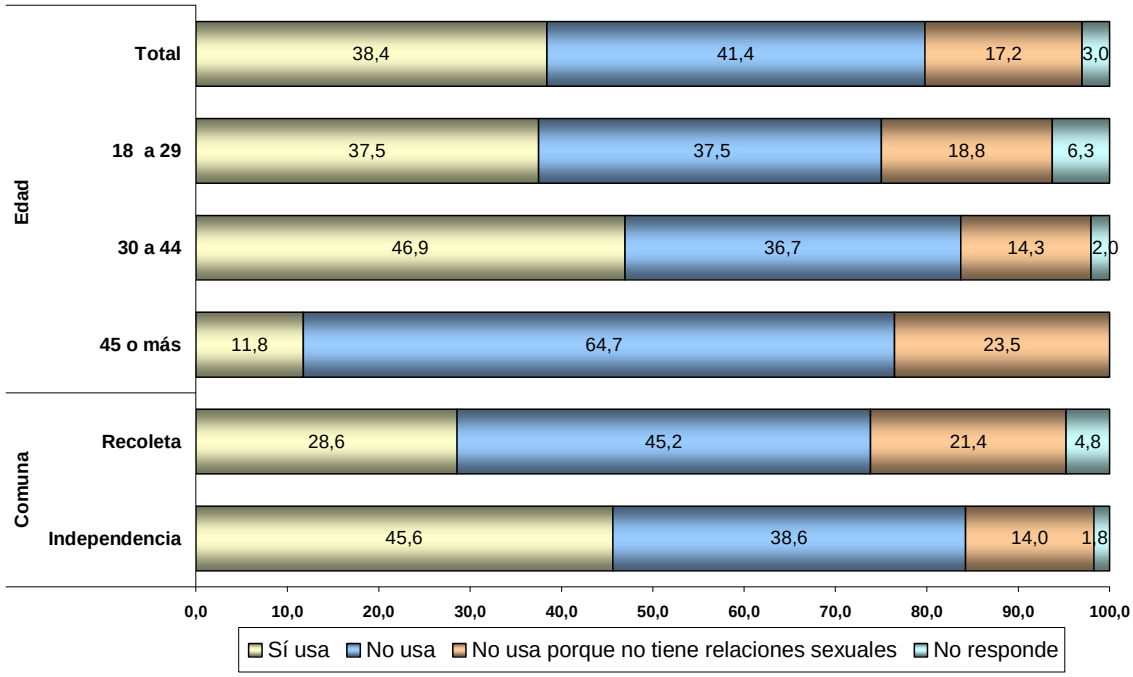
Las que no usan método de protección representan el 41,4% de las mujeres mayores de 15 años, destacándose en esta conducta las mayores de 45 años (64,7%) y las no afiliadas a ningún sistema de salud (53,6%).

Finalmente, algo más de la sexta parte de las mujeres (17,2%) declara que no usa método de protección, porque no mantiene relaciones sexuales, especialmente las del grupo etario de 45 o más años (23,5%) y las mujeres sin pareja (40,0%).

Respecto al método de protección utilizado por las mujeres que reportaron usar alguno, el 44,7% de ellas utiliza la píldora anticonceptiva, el 26,3% recurre al dispositivo intrauterino, el 13,2% usa el condón masculino, el 10,5% utiliza inyección o ampolla y el restante 5% recurre a otros métodos. El escaso número de esta submuestra (38 mujeres) impide analizar el uso de los diferentes métodos por segmentos de mujeres.

[27] www.minsal.cl, Cabe mencionar que en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, la temporalidad de la pregunta de las enfermedades es de sólo 2 semanas, mientras que en la encuesta de los inmigrantes el periodo de referencia es de 30 días, dicha situación hace que la comparación debe hacerse con cautela.
[28] II Encuesta de la Calidad de Vida y Salud, CHILE 2006, Pág. 85. www.minsal.cl

Gráfico 30: Utilización de métodos de protección en relaciones sexuales según edad y comuna (mujeres de 15 años o más)



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

Teniendo presente la ley de amnistía presentada por el gobierno de chile para la regularización de la situación de los extranjeros en Chile, en la encuesta realizada a los Inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta se agrego un par de preguntas que indaga acerca del grado de conocimiento de la resolución por parte de los inmigrantes, la opinión de dicha resolución y la disposición a hacer uso de ella. A continuación se incluye un análisis descriptivo de los resultados más importantes de esas preguntas.

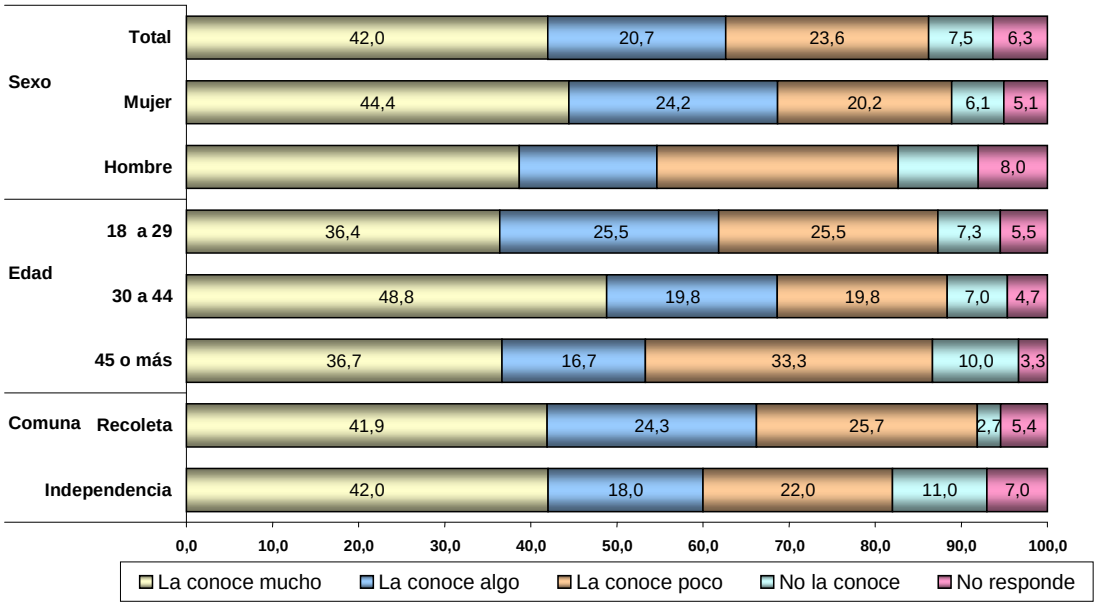
3.2.9 Módulo Amnistía

Aproximadamente dos de cada cinco personas mayores de 15 años (42,0%) de los entrevistados, señala que "conoce mucho" la resolución o la "Ley de Amnistía" que permite regularizar la situación en el país de los inmigrantes. Este conocimiento es superior en el grupo etario de 30 a 44 años (48,8%) y se incrementa junto con el aumento del ingreso (desde 32,8% en el tramo inferior al 58,3% en el tramo superior de ingresos).

La quinta parte declara "conocer algo" la Ley de Amnistía (20,7%), cifra que se duplica entre los inmigrantes con más antigüedad en el país (46,2%). El 23,6% reporta un conocimiento escaso de esta

ley, destacándose el grupo de mayores de 45 años (33,3%) y los inmigrantes que llegaron entre 1997 y 2002 (29,0%)

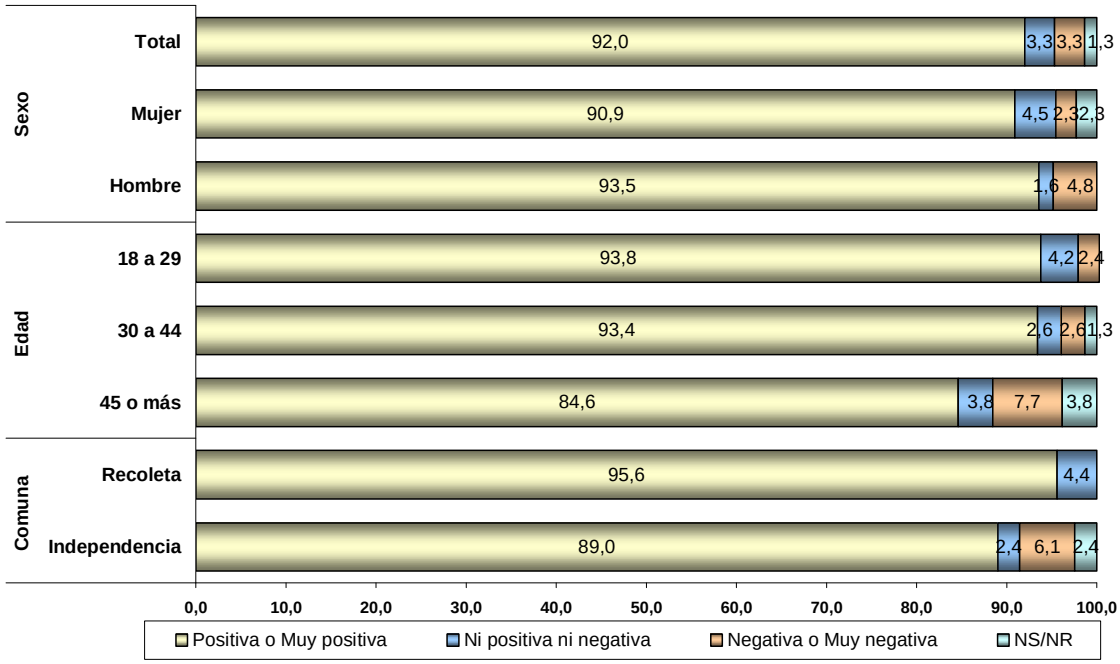
Grafico 31: Conocimiento y opinión de Resolución de Amnistía



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007.*

Por otro lado, el 92% de los consultados manifiesta una opinión favorable hacia la ley ("muy positiva" o "más bien positiva") y una proporción similar (88%) opina que ella favorecerá "mucho" a su comunidad de origen. Estas tendencias son transversales a todos los segmentos.

Gráfico 32: Opinión sobre Ley de Amnistía según sexo, edad y comuna (Personas de 15 años o más, presentes)



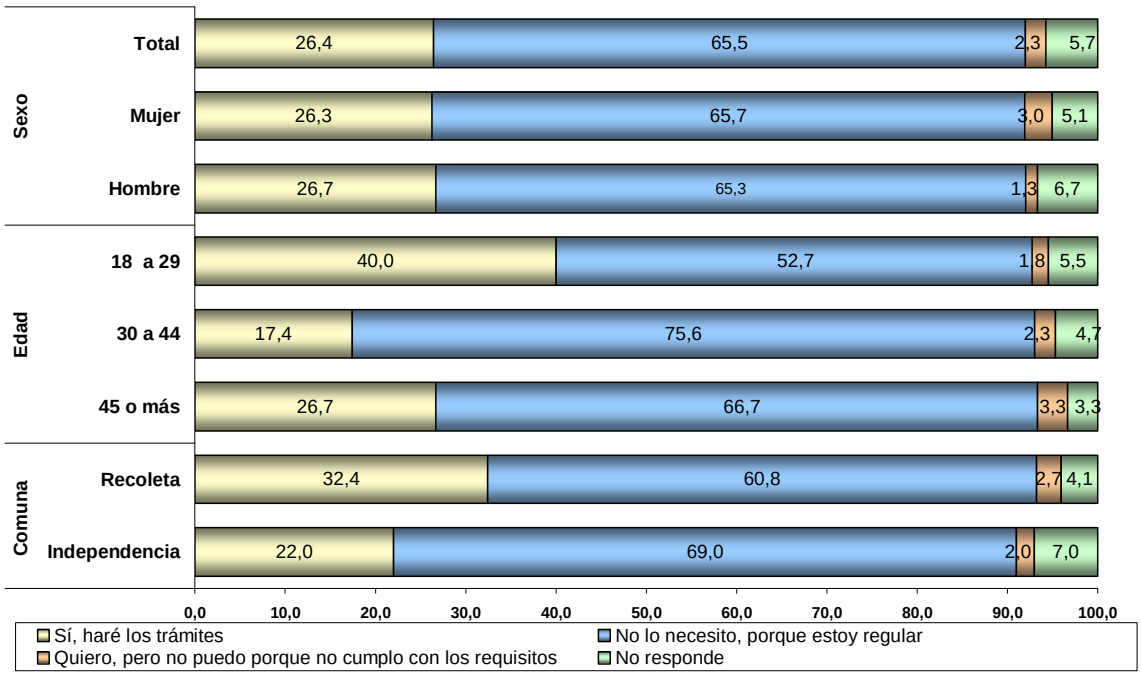
Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

a) Disposición a iniciar trámites que indica la ley de Amnistía para regularizar su situación

Dos de cada tres personas mayores de 15 años, presentes al momento de aplicar la encuesta (65,5%) reportó estar en situación regular en el país, por lo que no necesitarían efectuar el trámite que indica la ley de amnistía para regularizarse. Esta situación es más notoria entre los grupos etarios de 30 a 44 años (75,6%), y de 45 o más (66,7%) y especialmente entre los inmigrantes más antiguos (92,3%)

La cuarta parte (26,4%) se manifestó dispuesto a realizar dicho trámite, proporción que aumenta al 40% en el grupo etario más joven y al 38,9% entre los inmigrantes más recientes (llegados desde 2003 en adelante).

Gráfico 33: Disposición a iniciar trámites que indica la ley de Amnistía para regularizar su situación según sexo, edad y comuna (Personas de 15 años o más, presentes)



Fuente: *Elaboración Propia, Base de datos Encuesta de Inmigrantes Comunas Independencia, Recoleta; año 2007*

3.2.10 Síntesis de Resultados

Hallazgos más importante obtenidos a partir de la encuesta CASEN 2006, acerca de la población inmigrante del país.

- ✓ El porcentaje de inmigrantes externos que residen en las comunas del SSMN corresponde al 1,9% de la población total de las comunas de dicho conglomerado, equivalentes a aproximadamente 13.000 personas. Esta proporción es muy similar a la de inmigrantes que viven en otras comunas de la Región Metropolitana (1,8%). Sin embargo, la proporción de inmigrantes que viven en otras regiones es sólo de 0,7% con respecto a la población total de las regiones distintas a la Metropolitana.

- ✓ De las ocho comunas pertenecientes al SSMN, dos de ellas agrupan casi el 70% de la población inmigrante, estas son: Independencia (36,1%); Recoleta (33,8%); les siguen Quilicura (12,3%) y Huechuraba (10,4%), por lo tanto se observa que 4 de las 8 comunas reúnen más del 90% de la población inmigrante del área de SSMN.

- ✓ Casi el 9% de la población de la comuna de Independencia corresponde a inmigrantes, seguida a una distancia bastante considerable por la comuna de Recoleta con el 3,4% de población inmigrante. La comuna de Huechuraba registra la misma proporción que el área y el país (1,8%).

- ✓ En los inmigrantes de las comunas del SSMN, el porcentaje que ha llegado en los últimos 5 años es de 41%, la misma proporción que en las otras comunas de la Región Metropolitana.

- ✓ Los principales países de origen de la población inmigrante -sin considerar año de llegada a Chile- corresponde a los países fronterizos, destacándose la inmigración desde Perú y Argentina con 23% y 22% respectivamente. El 20% provienen de distintos países y el país europeo de mayor presencia entre los inmigrantes es España con más del 4%.

- ✓ En la migración que proviene de Argentina las mujeres representan el 63,4%, seguida por Perú y Bolivia con alrededor de 60% cada uno.

- ✓ La edad en los distintos conglomerados geográficos, con excepción del grupo de 20 a 29 años, es muy superior en el conglomerado de las comunas del SSMN. En efecto, en el grupo de 20 a 24 años, las comunas del SSMN alcanzan el 16,3% a diferencia de los otros conglomerados que pesa aproximadamente 10%. Esta situación se repite también en el tramo de 25 a 29 años.

- ✓ La escolaridad promedio varía entre 9,8 años promedio para las personas que provienen de Bolivia hasta más de 14 años para la población de otros países.

- ✓ La tasa de desocupación, es de 5,7% para la población inmigrante, mientras que para los chilenos es de 7,3%.

- ✓ La distribución de oficio de Profesionales e Intelectuales es un 22,5% para los inmigrantes, mientras que para la población chilena, este oficio cubre el 8,3% de la población ocupada. El oficio ubicado en segundo lugar es el de trabajadores no calificados que alcanza casi 22% similar a la población chilena (23%).

- ✓ Los inmigrantes de las regiones distintas a la Metropolitana, tiene el mayor porcentaje de pobreza comparado con los otros conglomerados, (12,1%). Sin embargo, el grupo de comunas del SSMN es el único en que la población inmigrante tiene un porcentaje de indigencia y de pobreza mayor que la población chilena del mismo conglomerado.

- ✓ Los conglomerados de inmigrantes tienen los mayores porcentajes de no pertenencia al sistema previsional de salud. Más del 15% de la población de los grupos de inmigrantes de otras regiones e inmigrantes de las comunas del SSMN dicen no pertenecen a ningún sistema previsional de salud.

- ✓ El 83,8% de la población que presentó necesidad de atención de salud en los últimos 30 días, expresó demanda de atención de salud. En los tres conglomerados de inmigrantes, la demanda expresada de atención de salud es menor en todos los grupos de inmigrantes comparados con la población chilena.

- ✓ El 16,2% de la población no acude a solicitar atención en salud, es decir no expresa demanda de atención, aún cuando ha tiene la necesidad de recibir dicha atención.

- ✓ En la encuesta CASEN 2006, el 7% de la población tiene alguna de condición de discapacidad, y este porcentaje es de sólo 3,8% en la población inmigrante.

- ✓ Según la encuesta CASEN, el porcentaje de la población del país que declara haber estado hospitalizada en los últimos 12 meses (noviembre 2005-noviembre 2006) alcanza al 6,1% y este porcentaje es de 6,5% en la población inmigrante. La principal causa de hospitalización en la población inmigrante del SSMN son los embarazos y partos (27%).

A continuación se ofrece una síntesis de los principales resultados y tendencias más generales detectadas a través de la aplicación de la encuesta a los inmigrantes de las comunas de Independencia y Recoleta.

❖ Caracterización de la muestra

La distribución por sexo de los inmigrantes entrevistados es bastante homogénea (49,1% de hombres y 50,9% de mujeres). Respecto a la distribución por edad, la frecuencia modal se ubica en el tramo de 30 a 44 años (35,5%), mientras que los menores de 18 años constituyen el 26% del total, seguido por el tramo siguiente de 18 a 29 años que alcanzan el 26,8%. El restante 11,3% corresponde al grupo de 45 o más años.

La mitad de los entrevistados son solteros (50,5%), en tanto que el 46,2% de ellos tiene pareja, predominando los convivientes (29,5% versus 16,7% de casados).

Cerca de la mitad de las familias entrevistadas (47,7%) cuentan con una estructura nuclear biparental, seguidas por las familias extendidas (36,2%), que pueden ser monoparentales o biparentales, pero con presencia de otro familiar en su composición, mientras que las familias monoparentales alcanzan al 14,6%.

La mayor parte de las personas que componen la muestra son peruanos (82,1%). En segundo lugar, están los chilenos (13,8%) y el restante 4% se distribuye entre otras siete nacionalidades.

El 97,7% de los peruanos, vivieron en Perú antes de venir a Chile, situación que se repite entre los inmigrantes de otros países (su país de origen coincide con el último país en donde vivieron), es decir, el tránsito entre otros países, antes de elegir Chile como destino, es casi inexistente.

Cerca de la mitad de los inmigrantes (47,2%) declara haber llegado a Chile después del 2002. El 37,5% de ellos llegaron hasta el año 2002 y un 13,8% nació en Chile, con fuerte concentración en las edades menores.

El 59,8% de los inmigrantes señala la búsqueda de mejores oportunidades económicas como la principal razón para emigrar, seguida de la reunificación familiar con un 28%; esta cifra se eleva al 69,2% en el tramo etario hasta 17 años y al 55,6% entre los hijos o hijas del jefe de hogar, lo que permite concluir que este grupo ha llegado al país traído por los padres, después de un tiempo de permanencia de ellos en el país.

- **Educación**

Poco menos de la mitad de las personas menores de 25 años (45,2%) señala que asiste actualmente a un establecimiento educacional. Esta concurrencia se concentra fuertemente en el grupo etario de 5 a 19 años (83%).

Cerca de la mitad de las personas de 25 años o menos que no asisten a un establecimiento educacional señala para ello razones ligadas al ciclo vital, tales como "no tener edad suficiente" (21,5%) y "terminó de estudiar" (24,8%). Entre las otras razones para no asistir, destacan las dificultades económicas (15,7%) y necesidad de trabajar para aportar al hogar (14,0%).

El promedio de escolaridad de los mayores de 15 años es 11 años, con un máximo de 22 y un mínimo de 2 años de escolaridad.

Al agrupar la escolaridad por tramos, se verifica que la sexta parte de los mayores de 15 años (16,8%) reportan entre 1 a 8 años de escolaridad, las tres quintas partes de ellos (59,3%) poseen entre 9 a 12 años de escolaridad y las personas con algún nivel de educación superior (13 años o más) constituyen el 23,8%.

Dos variables parecen relacionarse con el nivel de escolaridad: ingresos y nacionalidad. Respecto a la primera, se comprueba que en el tramo educacional superior (13 y más años) los ingresos se mueven desde 14,7% con ingreso inferior a los $144.000 hasta el 43,6% con ingreso entre $245.000 a

$670.000, mientras que en tramo educacional inferior (1 a 8 años) se desplazan desde un 17,8% en el nivel de ingreso inferior hasta un 10,3% en el superior.

Con relación a la nacionalidad, se observa que la mayor parte de los chilenos mayores de 15 años entrevistados (71,4%) ha alcanzado entre 9 y 12 años de escolaridad, pero disminuye al 60,3% entre los peruanos. Sin embargo, el 22% de los peruanos mayores de 15 años tiene 13 o más años de escolaridad, cifra que sólo alcanza el 14,3% entre los chilenos.

Las tres quintas partes de los estudiantes (61,1%) asisten a un establecimiento municipal, mientras que el 17,9% lo hace a un establecimiento particular subvencionado.

- **Empleo e ingresos**

Más de las tres cuartas partes de los entrevistados pertenecientes a la población económicamente activa, es decir, entre 15 y 64 años (77,6%) se encontraban trabajando la semana anterior a la aplicación de la encuesta, con diferencias entre hombres (86,4%) y mujeres (69,5%).

Cerca de la mitad de las personas que se encontraban trabajando (48,2%) lo hacían en calidad de asalariados en el sector privado, y casi la tercera parte de ellas (casi exclusivamente mujeres) se desempeñan en tareas de servicio doméstico puertas afuera (27,5%) y puertas adentro (4,9%). Este tipo de trabajo se incrementa a medida que aumenta la antigüedad en Chile de los inmigrantes: 48,1% entre las que inmigraron antes de 1997, 34,5% para las ingresadas entre 1997 y 2002 y 26,4% entre las llegadas desde 2003 en adelante.

Los inmigrantes que trabajan lo hacen principalmente en empresas del sector construcción (25,2%), industria manufacturera (23,3%) y comercio, restaurantes y hoteles (13,6%).

En general el ingreso de los inmigrantes es bastante bajo. El 42,1% de los inmigrantes entre 15 y 64 años que trabajan percibe un ingreso mensual líquido menor a los $144.000. el 37,2% percibe un ingreso entre $144.001 y $245.000.

Algo más de la novena parte (11,8%) tienen un ingreso entre $245.001 y $440.000 y sólo el 1% supera esta última cifra de ingreso. En el otro extremo, el 8,6 % percibe hasta $77.000 mensuales.

Los datos de la encuesta permiten identificar tres factores que exhiben una cierta relación con el nivel de ingreso: los hombres, los inmigrantes más recientes y los afiliados a un sistema previsional reportan ingresos tendencialmente superiores a las mujeres, a los inmigrantes más antiguos y a los que no están afiliados a un sistema previsional, respectivamente.

Más de la mitad de los inmigrantes que trabajan (52%) reporta no enviar dinero a su país de origen, cifra que asciende al 81,8% entre quienes no poseen familiares que vivían con ellos en su país de origen y desciende al 47,2% entre los que poseen estos familiares.

Por el contrario, el 42,6% de los inmigrantes que trabajan envía dinero a su país de origen, porcentaje elevado si se tienen en cuenta los ingresos de los entrevistados (44,2% gana menos de $144.000). En la gran mayoría de los casos, el monto enviado corresponde a menos de la mitad del ingreso.

Cerca de la mitad de los inmigrantes mayores de 18 años (47,9%) están afiliados a algún sistema previsional, de los cuales el 82,9% se encuentra actualmente cotizando en el sistema previsional. Un 43,4% no está afiliado y los datos de la encuesta permiten identificar tres características que parecen asociados a la afiliación: los de mayor edad, los inmigrantes más antiguos y los de mayor nivel de ingreso muestran niveles de afiliación tendencialmente superiores a los de menor edad, los inmigrantes más nuevos y los de menor ingreso, respectivamente.

- **Salud**

El 57,7% de la muestra se encuentra afiliada a algún sistema público de salud y el 31,1% no lo está.

Poco más de las dos quintas partes de los entrevistados (41,6%) se encuentran inscritos en un consultorio o establecimiento de salud (en general, de la misma comuna en la cual residen) y más de la mitad de la muestra declaran no estar inscritos.

Las mujeres de 15 y más años se dividen en proporciones muy similares entre las que se han hecho el examen de Papanicolau en los últimos tres años (46,5%) y las que no se lo han realizado (49,5%). Dos sobresalen como las principales razones mencionadas por las mujeres para no haberse hecho el examen: olvido, dejación o disgusto (38,2%) y percepción de no necesitarlo (30,6%).

Una nítida mayoría del 87% señala que no ha tenido ningún problema de salud en los últimos 30 días. Sin embargo, al mencionarles en una pregunta posterior, un conjunto de enfermedades y preguntarles si habían experimentado alguna de ellas, la respuesta negativa desciende al 49,1%.

La cuarta parte de quienes señalan espontáneamente haber tenido algún problema de salud (25,4%), al ofrecérsele un listado de 14 enfermedades para que dijeran, frente a cada una de ellas si la habían padecido o no, responden negativamente a todas ellas. Por su parte, cerca de la mitad de quienes espontáneamente reportaron no haber tenido ningún problema de salud (47,4%), señalaron alguna enfermedad al presentárseles el listado.

Las tres cuartas partes (74,6%) de quienes reportaron espontáneamente un problema de salud en el último mes señaló haber sido atendido por ese problema, en tanto que la restante cuarta parte (25,4%) indica que no fue atendido.

Poco más de la mitad de los que reportan haber sido atendidos debido a su problema de salud (57,4%) señalan haber sido atendidos en un consultorio u hospital público, mientras que la quinta parte de ellos (19,1%) menciona algún tipo de atención privada y la octava parte (12,8%) señala un centro de urgencia pública.

Por su parte, la mitad de quienes no recibieron atención debido a su problema de salud (50%), reportan no haberla solicitado por considerarla innecesaria.

Consultados por eventos de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas, el 89,9% responde negativamente.

El 78,2% de los entrevistados recurriría a un hospital o a u consultorio del sistema público en caso de enfermedad, con una leve preferencia por el primero (43,2% versus 35%) y la octava parte (12,4%) acudirían a consulta o establecimiento privado.

Cerca de la mitad de los mayores de 15 años consultados (47,1%) manifiestan certeza de que serían atendidos en caso de presentar un problema de salud y acudir a un centro público de atención, la cuarta parte (25,9%) señala que es probable que lo atiendan y la sexta parte (16,7%) menciona la probabilidad de no ser atendido.

Más de la mitad de los mayores de 15 años consultados (53,4%) reportaron haber sido atendidos alguna vez en un centro público de atención de salud y el 42,5% señalan no haber sido atendidos nunca en tales centros.

Al primer grupo, se le solicitó que evaluaran distintos aspectos de la última atención recibida, destacándose la atención médica en la evaluación positiva y el tiempo de espera para ser atendido, en la evaluación negativa.

Más de las dos terceras partes de los mayores de 15 años (67,2%) estiman que su salud es buena o muy buena, percepción más acentuada en los hombres, a la vez que aumenta junto con el incremento del ingreso y con la disminución de la antigüedad en Chile. El 29,3% estima que su salud es regular y los que consideran que su estado de salud es malo o muy malo alcanzan al 3,9% del total

A pesar de que en la pregunta espontánea, sólo el 13% de la muestra reportó haber tenido algún problema de salud en los últimos 30 días, ante la mención de un conjunto de problemas específicos, en los que por lo menos mencionan uno, la cifra anterior casi se cuadruplica (50,9%). La mención asistida de algún problema de salud sube junto con la edad y con la disminución del nivel de ingreso.

Poco más de un tercio de las mujeres mayores de 15 años (38,4%), reporta el uso de algún método de protección en sus relaciones sexuales. Las que no usan método de protección representan el 41,4% de ellas, (destacándose las mayores de 45 años) y el 17,2% declara que no usa método de protección, porque no mantiene relaciones sexuales (especialmente las del grupo etario de 45 o más años y las mujeres sin pareja).

Respecto al método de protección utilizado por las mujeres que reportaron usar alguno, el 44,7% de ellas utiliza la píldora anticonceptiva, el 26,3% recurre al dispositivo intrauterino, el 13,2% usa el condón masculino, el 10,5% utiliza inyección o ampolla y el restante 5% recurre a otros métodos.

❖ Amnistía

Más de las dos quintas partes de los mayores de 15 años consultados, (42,0%) señala que “conoce mucho” la Ley de Amnistía que permite regularizar la situación en el país de los inmigrantes, la quinta parte declara “conocerla algo” (20,7%) y el 23,6% reporta un conocimiento escaso de esta ley.

Por otro lado, el 92% de los consultados manifiesta una opinión favorable hacia la ley (“muy positiva” o “más bien positiva”) y una proporción similar (88%) opina que ella favorecerá “mucho” a su comunidad de origen.

Las dos terceras partes de los presentes mayores de 15 años al momento de aplicar la encuesta (65,5%) reportó estar en situación regular en el país, por lo que no necesitan efectuar el trámite que indica la ley de amnistía para regularizarse y la cuarta parte (26,4%) se manifestó dispuesto a realizar dicho trámite

- **Vivienda**

El 70% de las viviendas que habitan las familias encuestadas son casas, un 19,2% son piezas o cités y el restante 10,8% se reparte en proporciones idénticas entre departamentos en edificios y mejoras, mediaguas o piezas al interior de otra vivienda.

Casi la totalidad de las familias incluidas en la muestra (98,5%) ocupan una vivienda arrendada. En cuanto al canon de arriendo, se observa una gran dispersión en los montos pagados. La tendencia modal (32,8%) se ubica en el tramo de $51.000 a $65.000 mensuales (destacándose las piezas o cités con un 56%), seguida por el tramo de $66.000 a $100.000 mensuales con un 25%, destacándose los departamentos (42,9%)

En los extremos, encontramos un 18,8% que paga entre 20.000 y $50.000 y un 23,4% que paga más de $100.000.

El 54,6% de las familias comparte su vivienda con otra familia y el restante 45,4% no lo hace.

El 15,4% de las familias no tiene dormitorios de uso exclusivo, en tanto que la existencia de habitaciones de uso múltiple alcanza al 16,2% de las familias en el caso de las destinadas a estar, comer y dormir, al 13,1% en el caso de las destinadas a estar, comer y cocinar y al 10,8% en el caso de las destinadas a, comer, dormir y cocinar. El 42,3% de las familias ocupan cocina de uso exclusivo y el 31,5% de las familias posee baño de uso exclusivo

- **Regularización**

El 83,5% de los entrevistados posee cédula de identidad chilena y el restante 16,5% no lo posee. Por otra parte, entre quienes poseen cédula de identidad chilena, una 92,3% señala que su cédula está vigente.

3.3 Síntesis de resultados fase cualitativa: entrevistas a actores clave

3.3.1 Principales Problemas de los Inmigrantes en Chile. Panorama General

En el trabajo directo con la población inmigrante, los actores clave han observado:

- Una población inmigrante que es desconfiada y distante de la población chilena y/o de los beneficios y/o servicios ofrecidos en el país.
- Con poca disponibilidad de tiempo debido a largas jornadas laborales.
- Y con una alta movilidad residencial, que dificulta la vinculación del trabajo en terreno.

Además, como diagnóstico de la situación del inmigrante en el país destacan:

- Falta de voluntad política de las autoridades pertinentes y la dificultad de que la temática de la migración, sea parte de la agenda pública nacional.
- Desde el origen de la inmigración, una población que proviene de la marginalidad y pobreza, pero con adecuado nivel educacional y de habilidad comunicacional.
- La mayor dificultad del inmigrante en el país, es la regularización.
- Luego, se señalan, las implicancias de ser inmigrante no regular, en tanto, la regularización se asocia a la construcción de ciudadanía para el inmigrante, permitiendo el acceso a los distintos servicios sociales.

Ya en la estadía del inmigrante en Chile, se enfatizan diversos problemas, entre los que destacan:

- Precariedad y dificultad de inserción laboral estable.
- Prioridades de la población inmigrante: centrada netamente en lo económico y sus necesidades básicas: regularización, trabajo y vivienda, por lo que no demandan atención en otras áreas.
- Hacinamiento en las viviendas de la población inmigrante.
- Fuerte desvinculación familiar y de redes con las que el inmigrante vive en el país, además de las situaciones de explotación y violencia de las cuales algunos/as de ellos son víctimas.
- Población infantil inmigrante con bajo reconocimiento de sus derechos y la dificultad de la población inmigrante de vislumbrar los derechos infantiles independientes a su situación migratoria en el país.
- Diferencias culturales: la “chilenización” de la mujer peruana y juventud chilena más liberal. La ocupación de espacios públicos como la calle.

3.3.2 Principales Problemas de los Inmigrantes en el Ámbito de la Salud.

Específicamente en el ámbito de la salud, en primer lugar, se señalan las implicancias del proceso de Amnistía y los cambios acontecidos en la oferta de salud en relación al aumento de los inmigrantes en Chile. Luego, se dan a conocer una serie de elementos a través de los cuales los/as entrevistados/as evalúan la actual oferta de servicios públicos de salud hacia el inmigrante, haciendo además hincapié en la calidad de la atención brindada y las posibilidades de acceso con las que actualmente cuenta la población inmigrante.

En este contexto, los principales problemas planteados son:

- **Con relación al servicio público de salud en Chile:**

- Falta de coordinación entre entidades gubernamentales frente a políticas de inmigración y sus efectos en salud.

- **Con relación al acceso a la atención en salud:**

- Dificultad para informar a la población inmigrante sobre sus derechos y deberes en el ámbito de la salud.
- Sobrecarga en los consultorios de salud y fuerte demanda de atención desde la población inmigrante.
- Población inmigrante que genera gasto y no conlleva financiamiento.
- Población inmigrante afecta la estadística nacional de salud.
- Desincentivo en atención primaria de salud para atender a inmigrantes en situación no regular.
- La población inmigrante no regular con mínimas posibilidades de acceso a la atención en los servicios públicos de salud.
- Atención en salud primaria no se adecua al horario del inmigrante.

- **Con relación a la calidad de atención brindada:**

- Por último, respecto a la calidad de la atención en salud se detallan elementos que actúan de manera desfavorable para el inmigrante, los cuales hacen referencia a una serie de actitudes de discriminación y prejuicios hacia el inmigrante, que alteran la calidad y desfavorecen el buen trato.
- En segundo lugar, se dan a conocer los principales problemas observados desde la población inmigrante con el acceso y/o atención en salud y sus posibles **barreras culturales, económicas y sociales asociadas**, entre las que destacan:
    - Sistema de salud del país de origen con distinto funcionamiento al chileno.
    - Población inmigrante regular y no regular con un bajo nivel de información y/o reconocimiento de sus deberes y derechos en salud.
    - Población inmigrante joven, no considera la salud dentro de sus prioridades.
    - Población inmigrante con menor disciplina preventiva en salud.
    - Inmigrante no regular no se atiende en salud por temor a la deportación o pérdida de empleo.

3.3.3 Sugerencias de Plan Piloto.

A partir de la experiencia y experticia de cada uno/a de los/as entrevistados/as, se dan a conocer una serie de aportes relevantes de considerar en un plan piloto de salud con población inmigrante. Los aportes, desde su ámbito de acción y las sugerencias concretas de trabajo en cada ámbito, son:

❖ **Necesidad de Coordinación Intrasectorial e Intersectorial.**

Un cuarto punto, con un alto consenso por parte de los/as participantes, corresponde a la necesidad de coordinar los distintos esfuerzos que se realizan en el trabajo con la población inmigrante.

En este contexto, se dan a conocer distintas entidades y su necesidad de coordinación con otras, con la finalidad de establecer una línea de trabajo eficiente que entregue soluciones concretas y posibles de mantener en el tiempo. Entre los ejemplos concretos destacan:

- Coordinar sistema público de salud con Departamento de Extranjería y Migraciones del Ministerio de Interior, favoreciendo la regularización.
- Coordinación del sistema público de salud con instituciones o entidades civiles que favorezcan la vinculación con la población inmigrante.
- Formalizar la información y acción hacia la población inmigrante, contando además con un ente regulador que canalice la coordinación.

❖ **Experiencia de Programas o Intervenciones a Considerar como Aportes al Plan Piloto.**

Con relación a distintos programas o instancias conocidas por los/as participantes que pudiesen ser una contribución a un plan piloto de salud para el inmigrante en el país, destacan dos aportes:

- Se valoriza una experiencia observada en otros países, de descentralización de la atención pública en salud, como un elemento que Chile no ha logrado y que sería importante de considerar para un proyecto nacional. Es decir, se recalca la importancia de contar con centros de atención en salud básica, promovidos en instancias civiles, que de mayor seguridad al inmigrante para acceder a ellos en una primera instancia de acogida, dando soluciones concretas a las enfermedades presentadas y colocando un importante énfasis en la prevención y educación para el cuidado personal y reconocimiento de síntomas que pueden implicar enfermedades de mayor complejidad a futuro.
- Por otra parte, desde el ámbito académico y rescatando la experiencia nacional, se sugiere recoger las distintas campañas informativas – preventivas en salud, que se han llevado a cabo en Chile, a través de diversos medios y que han permitido que la población nacional se informe e instruya de manera práctica en la importancia de prevenir enfermedades y acceder a los centros de salud en ciertas instancias críticas y concretas.

❖ **Difusión de Información a la Población Inmigrante.**

Difusión de información en el funcionamiento del sistema público de salud y promoción de derechos y deberes en el ámbito de la salud y laboral: La difusión de la información, es un ámbito de acción de suma importancia para la totalidad de los/as entrevistados/as. Para ellos/as esta difusión, se asocia de

manera directa con la real integración del inmigrante al país y la posibilidad de favorecer su acceso a la atención en salud.

De manera concreta, debiese ejecutarse considerando los siguientes elementos:
- Llevar la información a terreno, a sus lugares de residencia y/o de reunión y en horarios acordes a su realidad en el país.
- Informar sobre los derechos y deberes de FONASA y promover la cotización.
- Informar sobre los derechos y deberes como trabajador/a en Chile.
- Informar sobre cómo acceder y mantener estos derechos y deberes.
- Difundir información sobre los mecanismos de funcionamiento de los servicios públicos de salud en Chile.

❖ **Favorecer el Acceso del Inmigrante a la Atención Primaria en Salud.**

Por último, en quinto lugar se releva la necesidad de favorecer el acceso del inmigrante a la atención en salud. Para ello, se proponen los siguientes ámbitos específicos de trabajo:
- Descentralizar la atención: establecer espacios de atención primaria en parroquias, ONGs, instituciones civiles, o espacios validados por la población inmigrante, que den soluciones concretas a problemas básicos y que además se instituya como un espacio de educación preventiva que promueva un mayor acceso a la atención en salud para la población inmigrante.
- Reforzar atención especializada integral en salud primaria.
- Extender atención de salud primaria a los fines de semana.

❖ **Campaña de promoción y prevención de salud para la población Inmigrante.**

Las campañas de promoción y prevención de salud, también es un ámbito que varios/as entrevistados/as consideraron de suma relevancia para trabajar con la población inmigrante. De manera concreta se señala:

Contenidos a trabajar: prevención de enfermedades y conductas o hábitos saludables. Destacan los siguientes ámbitos a trabajar a través de campañas informativas dirigidas a la población inmigrante: enfermedades de transmisión sexual; hábitos alimenticios; hábitos higiénicos; ingreso oportuno al control de embarazo y planificación familiar.

❖ **Sensibilización de los funcionarios de salud hacia la realidad y cultura de la población Inmigrante.**

Un tercer ámbito ampliamente compartido por los/as entrevistados/as es la sensibilización de los funcionarios de salud hacia la realidad del inmigrante. Este ámbito se plantea de manera concreta como espacios de capacitación a los funcionarios de salud, desde el personal administrativo hasta el personal médico, en las siguientes temáticas:
- Derechos y deberes y la inserción de la población inmigrante a sus centros de atención.
- Sensibilizar sobre la cultura del inmigrante.

3.3.4 Facilitadores o Elementos Disponibles para Implementar Piloto.

Por último, a través de toda la información recopilada, es posible distinguir aquellos elementos disponibles en la actualidad que pudiesen ser considerados como facilitadores en la implementación de un plan piloto de salud que integre a la población inmigrante:

- **Voluntades políticas:** En este ámbito, destaca las voluntades declaradas por parte del departamento de Extranjería y de FONASA, como entidades gubernamentales que reconocen la necesidad de adquirir un rol protagónico en el proyecto, como entes de coordinación, con información de suma relevancia, con mayor poder en la toma de decisiones, etc.
  Además, desde todos/as los/as participantes, sobre todo en el ámbito civil, se aprecio un real interés, por una parte informarse sobre los resultados del mismo y las propuestas de un plan piloto en salud y por otra, ser agentes activos en la transmisión de la información u otras actividades con la población inmigrante.

- **Aprobación Amnistía:** La publicación de esta resolución es de suma relevancia para este proyecto. Si bien, es posible considerar que quizá no resuelva en su totalidad las diversas problemáticas del inmigrante no regular, entrega, al menos para quienes pueden adherirse a ella, una posible reducción del temor asociado a la deportación, lo que afecta de manera importante el acceso del inmigrante a la atención.
  Sin embargo, se debe considerar que esta ley beneficia a los inmigrantes que están de manera no regular en el país y que hayan ingresado antes de noviembre del año 2007 al país, por lo cual, después de esa fecha, se mantendrá una población no regular que debe ser considerada para futuras intervenciones.

- **Disponibilidad de infraestructura:** En este punto, destaca la infraestructura con las que cuentan particularmente: la Vicaría de la Pastoral social Zona Norte, la Cruz Roja Independencia, el Colectivo Sin Fronteras, INCAMI, etc., todas entidades de la sociedad civil con amplias dependencias para realizar diversas actividades de promoción para la población inmigrante.

- **Redes consolidadas de la sociedad civil:** De suma importancia considerar, que a través de estas entrevistas se confirmó un importante trabajo que se está actualmente realizando con la población inmigrante.
  Todas las entidades civiles participantes cuentan con una importante vinculación con esta población, habiendo ya generado un nexo cercano que permite contar de ante mano con la necesaria validación de la población inmigrante hacia ellos, favoreciendo la posible entrega de información en la que estas instituciones pudiesen participar.

- **Estudios y antecedentes académicos y técnicos con información sobre inmigrantes:** En este contexto, es posible destacar específicamente para la zona norte de la Región Metropolitana, los diversos estudios realizados por la Vicaría Pastoral de la Zona Norte, el cual entrega una importante caracterización de la población inmigrante que reside en esa zona.

- **Convenios y tratados internacionales ratificados, u otros:** Chile, ha firmado y ratificado diversos convenios y tratados internacionales que garantizan el respeto y ejercicio de los derechos humanos, los que permiten contar con lineamientos básicos a objeto de garantizar los derechos de los inmigrantes en el país.

3.4 Síntesis de Resultados Fase Cualitativa: Focus Groups con Población Inmigrante

El presente capítulo detalla la información obtenida a partir de los cuatro focus groups, llevados a cabo con personas inmigrantes, de ambos sexos y mayores de 18 años, residentes en comunas de la zona norte de la Región Metropolitana, entre el 18 de noviembre y el 01 de diciembre del año 2007[29].

Los grupos se dividieron según las siguientes categorías:

- Hombres inmigrantes en situación regular.
- Hombres inmigrantes en situación no regular.
- Mujeres inmigrantes en situación regular.
- Mujeres inmigrantes en situación no regular.

Para realizar las sesiones, se utilizaron las dependencias Arzobispado de Santiago, Vicaría Episcopal Zona Norte, en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, las dependencias de la Cruz Roja Zona Norte, ubicada en la comuna de Independencia.

3.4.1 Características de los Participantes

a) Nivel de escolaridad

De todos/as los/as participantes, las mujeres en situación regular son quienes cuentan con el mayor nivel de escolaridad. Todas ellas tienen estudios secundarios completos cursados en el Perú. Además, tres de ellas cursaron y completaron estudios superiores. De los/as demás participantes, todos/as reconocen haber concluido la educación primaria en su país de origen. Con respecto a la educación secundaria, al menos la mitad de los hombres en situación regular señalan haberla terminado.

Respecto a los/as inmigrantes en situación regular, un grupo importante, indica haber ingresado a la educación secundaria, aunque en su mayoría no consiguieron finalizarla.

b) Situación laboral

Con relación a la situación laboral de los/as participantes, se aprecian importantes distinciones por género y situación de regularización en el país. Desde el punto de vista de género, la mayoría de las mujeres se desempeñan como trabajadoras de casa particular puertas adentro o afuera y la mayoría de los hombres trabajan como obreros de la construcción. En cada focus groups realizado no hubo más de una persona que se desempeñara en un rubro distinto a los antes señalados, entre los cuales se aprecian ayudante de bodega, chofer de la locomoción colectiva, asistente de enfermos y costurera.

La mayoría se encuentra actualmente trabajando, considerando que entre todos los participantes hay entre una a dos personas que están cesantes.

Desde la situación de regularización en el país, se aprecian importantes distinciones vinculadas principalmente al contrato laboral. La mayoría de los inmigrantes en situación regular, cuenta con un

[29] Para ver las transcripciones, Ver Anexo Digital Nº6 entregado en el Informe Nº2: Informe de Resultados.

contrato laboral a plazo fijo o indefinido. Además, destaca que un número importante de ellos, se ha mantenido estable en el tiempo en un mismo lugar de trabajo. La mayoría de los inmigrantes en situación no regular, trabaja sin contrato de trabajo.

c) Con quiénes y dónde vive

De manera general, los/as participantes residen en Cité o habitaciones de grandes casonas de la zona norte de Santiago, las cuales comparten en su gran mayoría con compatriotas, ya sean familiares y/o amigos/as. En su mayoría cuentan con baños que deben ser compartidos por las familias que componen el Cité o casa. En menor medida, se cuenta con un espacio independiente para la cocina, pudiendo sin embargo, en la mayoría de los casos, acomodar dentro de la habitación algún sistema que les permita cocinar o preparar alimentos básicos.

Con relación a este ámbito, es posible apreciar una importante diferencia según la situación de regularidad del inmigrante. Los/as inmigrantes en situación regular, comparten la habitación con un menor número de personas, por lo general no más de dos, cuando son solteros/as. Destaca que en el caso de las mujeres, si bien, la mayoría vive en su lugar de trabajo, porque se desempeñan como trabajadoras de casa particular puertas adentro, cuentan además con una pieza que comparten y utilizan los días que residen fuera del trabajo y en sus días libres.

Los/as inmigrantes en situación no regular, presentan por el contrario importantes condiciones de hacinamiento y menor acceso a servicios básicos, como el agua potable o baños dentro de sus habitaciones. Las habitaciones o pequeñas viviendas dentro de un cité, son compartidas por un mayor número de personas.

d) Razones por las cuales vino a Chile

Con relación a las razones por las cuales los inmigrantes vienen a Chile, se aprecia una motivación altamente consensuada, la cual se asocia a la intención de mejorar su situación socioeconómica, ya que en su país de origen ésta es más precaria y sin mayor proyección futura.

En este contexto, principalmente los/as inmigrantes peruanos, dan cuenta de una alta tasa de desempleo en su país, niveles importantes de inestabilidad y salarios que no les permite satisfacer las necesidades básicas de sus familias, viajan a Chile, fundamentalmente con la intención de ahorrar dinero, el cual, cuando es posible, se envía a su país de origen.

Destaca además, que las personas vienen inicialmente con la intención de estar un tiempo limitado, el cual se prolonga según el logro de las metas propuestas, como por ejemplo, pagar la educación de los hijos(as) en el Perú. Sin embargo, un número importante de participantes señala estar en Chile más del tiempo propuesto inicialmente, no visualizando fecha próxima de retorno a su país de origen.

El ámbito económico como principal motivador de la llegada a Chile, se complementa además con el propósito posterior de la reunificación familiar, principalmente para aquellos inmigrantes casados en su país de origen.

Con respecto a los inmigrantes solteros/as, a la motivación económica, se agregan los deseos de conocer el país. También, un grupo importante viene a visitar a sus familiares. Luego de un tiempo de estadía, deciden radicarse, principalmente porque Chile daría la posibilidad de alcanzar una mejor situación económica, con un mayor acceso a bienes y servicios, contando además con una atractiva estabilidad política y social que lo distingue sobre otros países de América Latina.

3.4.2 Percepciones sobre Salud y Enfermedad

a) Asociación espontánea sobre salud.

Con respecto a la asociación espontánea que los/as participantes hacen del concepto "salud", se aprecian dos enfoques, según la situación de regularización.

Para los inmigrantes en situación regular, el concepto "salud" es altamente valorado y asociado por lo general, a una sensación de completo bienestar biopsicosocial, que favorece la posibilidad de desarrollo personal y laboral. Por otro lado, los inmigrantes en situación no regular, asocian el concepto de "salud" con aquellas consecuencias concretas negativas, como dificultades de acceso a la atención y/o enfermedades, que por lo general deterioran su percepción del estado de salud.

Así, los hombres en situación no regular, lo asocian con el ámbito de la atención, acceso y servicios de salud disponibles en el país, haciendo una importante alusión a su situación no regular, desde donde les sería más complejo acceder a la atención. Las mujeres en situación no regular, lo asocian espontáneamente con dificultades o problemas de salud personales y/o familiares ocurridos en su estadía en Chile.

b) Asociación espontánea sobre enfermedad.

Con respecto a la asociación espontánea que los/as participantes realizan del concepto "enfermedad", también se aprecian dos enfoques, según su situación de regularidad.

Hombres y mujeres en situación regular, se refieren al concepto "enfermedad" como una situación de alta complejidad que conlleva múltiples inconvenientes o complicaciones, los cuales además, se relacionan y amplifican, al considerar sentimientos de sufrimiento, dolor, tristeza y soledad por estar en un país distinto al de origen. Por lo tanto, "enfermedad" implicaría la ausencia del completo estado de bienestar.

En cambio, hombres y mujeres en situación no regular, asocian el concepto "enfermedad" con una evaluación general negativa, especificando en su ámbito físico o biológico, con manifestaciones como el decaimiento o malestar. En menor medida, se mantiene la relación con los factores externos, como por ejemplo, el acceso a la atención en salud, en tanto se asocia con la incertidumbre que implica como inmigrante no regular, no saber dónde o cómo pudiesen resolver algún problema de salud.

c) Significados asociados a tener "buena salud" y a estar enfermo

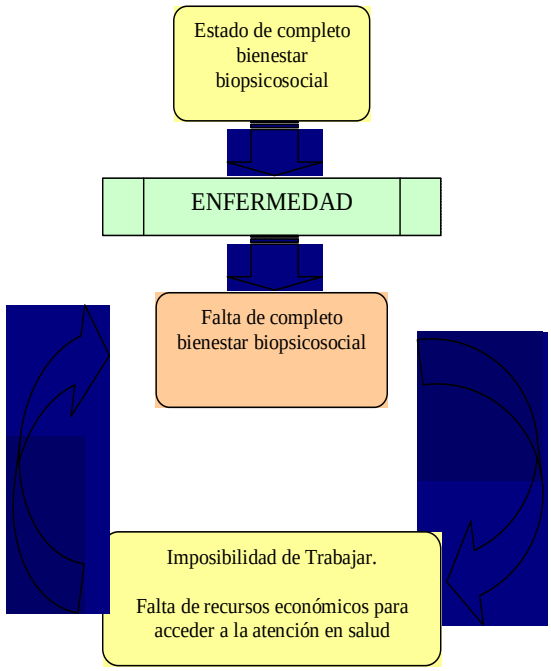
Se aprecia que para la totalidad de los participantes, el disfrutar de “buena salud” es altamente valorado. En general, para hombres y mujeres en situación regular y no regular el tener “buena salud”, se asocia con una sensación de completo bienestar biopsicosocial, que implica “sentirse bien” y “estar sano”, integrando los ámbitos físico, emocional y social.

Se aprecia que para la totalidad de los/as participantes, el “estar enfermo” es valorado negativamente y asociado a la ausencia del completo estado de bienestar biopsicosocial. La mayoría percibe el “estar enfermo” como una situación altamente compleja, centrada en el impacto o consecuencias sociales y laborales de la enfermedad en la vida cotidiana. De este modo, se percibe que la enfermedad disminuye la capacidad de desenvolverse de manera óptima, de trabajar, de responder al cuidado de los hijos(as), y que además retrasa el logro de las metas propuestas en el país.

De manera particular, los hombres en situación no regular, recalcan la problemática que para ellos, en su condición no regular, conlleva estar enfermos, pues implica la imposibilidad de trabajar y acceder a recursos económicos. A su vez, la falta de recursos económicos, limitaría el acceso a la atención en salud, entrando en un círculo que deteriora significativamente su completo bienestar biopsicosocial.

Por último, para las mujeres en situación regular, el “estar enfermas” se manifiesta esencialmente desde lo psicológico, en tanto, sus principales asociaciones se relacionan con desánimo, tristeza, congoja, nostalgia y pesimismo, desde donde el organismo se resiente en su capacidad de desenvolverse de manera óptima. Esta situación se diagrama a continuación:

<u>Diagrama 1</u>: Significados Asociados a estar enfermo
Inmigrantes No Regulares



3.4.3 Autopercepción de Salud Personal y Familiar.

a) Evaluación de su propio estado de salud

Desde la autoevaluación de salud percibida por los/as participantes, destaca una notoria diferencia según la situación de regularización de quien la presenta. Los/as participantes en situación regular evalúan de manera positiva su actual estado de salud. En cambio, los/as participantes en situación no regular, presentan una apreciación esencialmente negativa.

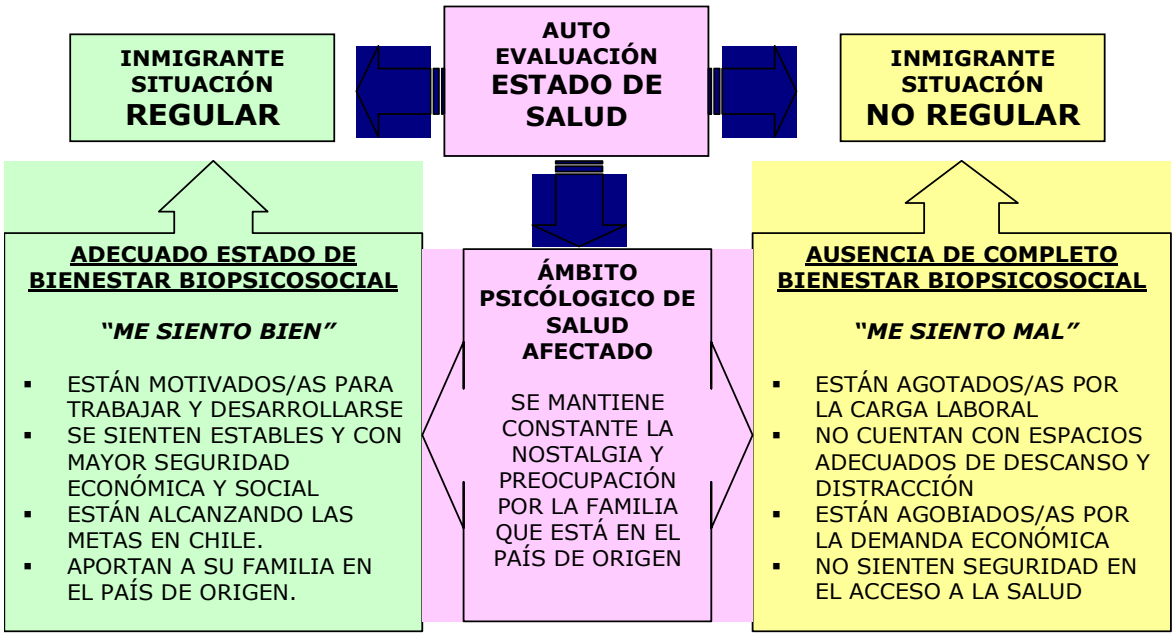
Cabe destacar que sin embargo, desde la perspectiva de género, algunas razones por las cuales se presentan las apreciaciones positivas o negativas son diferentes. Los/as participantes hombres en situación regular estiman "sentirse bien" principalmente desde el ámbito biológico, en relación directa a la ausencia actual de enfermedad, complementándolo a su capacidad y motivación por desempeñarse laboralmente. En cambio, para las mujeres en situación regular, esta asociación positiva se las entrega por lo general, la satisfacción de estar logrando sus metas en Chile, estar estudiando y haber logrado la estabilidad necesaria que les permite aportar ingresos económicos que mantienen o contribuyen a su familia en Perú, entre otros.

Por otra parte, los/as participantes en situación no regular, autoevalúan su estado de salud negativamente. Para los hombres, esta significación, es asociada fundamentalmente a un agotamiento físico, provocado por un alto desgaste laboral y un reducido espacio para el descanso. Las mujeres no regulares advierten de manera directa "sentirse mal", "no estar sanas" y/o "estar enfermas". En este contexto, hay una clara ausencia de bienestar biopsicosocial, en tanto sus condiciones de vidas actuales se traducen en efectos negativos en su estado de salud.

Resulta relevante destacar, que para la mayoría de los/as participantes, presentando tanto una auto-evaluación positiva o negativa de su estado de salud, indican compartir una preocupación constante, que en esencia representa la nostalgia y preocupación por la lejanía de su familia que reside en su país de origen.

De esta manera, los elementos centrales de la autoevaluación del estado de salud actual de los inmigrantes, se presentan a través del siguiente diagrama:

***Diagrama 2*: Autoevaluación Estado de Salud en Chile.**



b) Evaluación del estado de salud de su familia

Con respecto a la evaluación del estado de salud de su familia, es posible señalar que los inmigrantes en situación regular, señalan que sus familiares y/o amigos/as en Chile, mantienen un estado de salud similar al auto-percibido por ellos/ellas, es decir, bueno. En menor medida, tanto hombres como mujeres destacan algunas enfermedades padecidas por sus hijos(as) y o familiares.

Los inmigrantes en situación no regular, más que referirse a una evaluación general, describen problemas específicos de sus esposas, como por ejemplo un caso de anemia y/o de sus hijos(as) en Chile, manifestando la dificultad de poder resolver los problemas de salud que ellos(as) presenten, en tanto, por ejemplo como trabajadoras de casa particular, no pueden responder a los horarios otorgados por los centros de atención en salud.

c) Evaluación del estado de salud en su comunidad de origen.

Todos los participantes, hombres y mujeres, en situación regular y no regular, percibían un estado de salud positivo en su comunidad de origen.

Destaca en los inmigrantes en situación no regular, una mayor especificidad en las razones que les permitían sentirse con un buen estado de salud. Para ellas y ellos, en su país de origen:

- Contaban con mayor independencia personal, posibilidad de expresión, disposición del tiempo libre y actividades recreativas.
- Estaban junto a sus hijos(as) y contaban con sus familias extendidas como redes de apoyo cotidianas o que apoyaban en situaciones complejas.

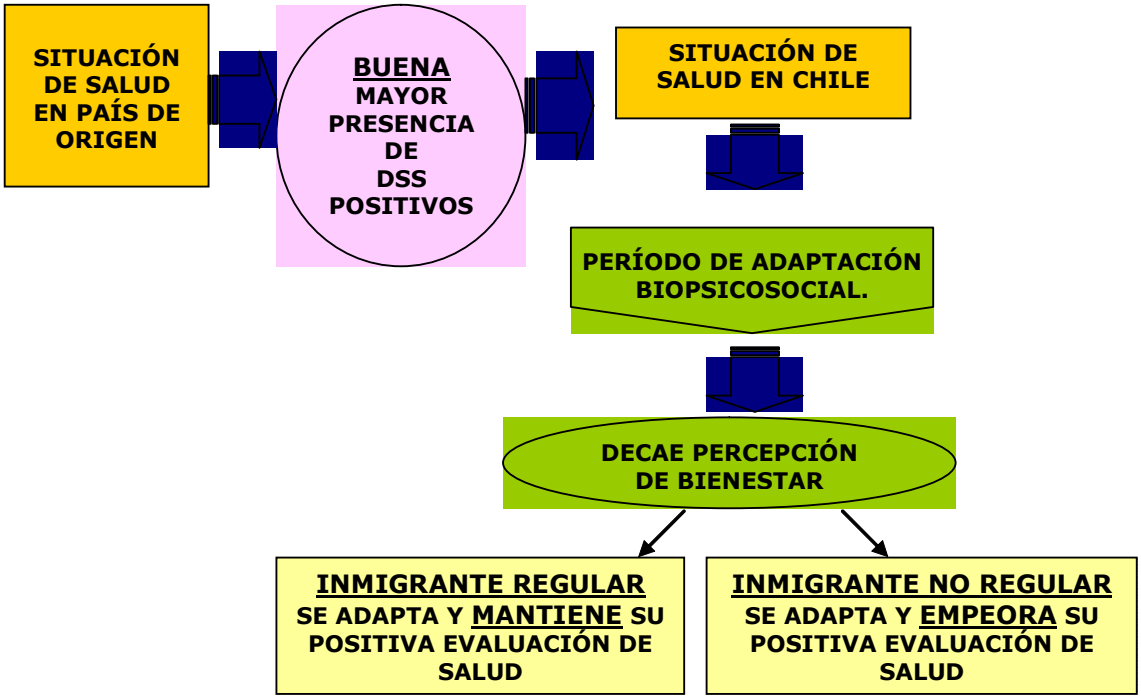
d) Comparación del estado de salud percibido en su comunidad de origen y el percibido en su estadía en Chile.

Se aprecia, que al comparar el estado de salud observado en su comunidad de origen versus el percibido en su estadía en Chile, se presentan claras diferencias según el estado de regularización. Todos los inmigrantes en situación no regular y un grupo de hombres en situación regular, señalan claramente que su estado de salud ha empeorado durante su estadía Chile por distintos motivos, entre los cuales destacan:

- La seguridad que implica estar en el país de origen en tanto la atención en salud está garantizada, es gratuita o de bajo costo.
- No debes estar inscrito, pedir hora anticipada, ni presentar documentación para ser atendido/a en un centro de salud.
- Los medicamentos tienen menor costo y se venden sin receta médica, lo cual favorece la automedicación.
- En Chile han padecido de estados febriles, problemas bronquiales y/o resfríos que no habían tenido en su país de origen.

Las diferencias en la comparación del estado de salud percibido, se diagraman a continuación:

***Diagrama 3*: Comparación del estado de salud percibido en su comunidad de origen y el percibido en su estadía en Chile.**



3.4.4 Experiencias y Percepciones sobre el Acceso a los Servicios de Atención en Salud.

a) Expectativas sobre los servicios de salud chilenos antes de llegar al país.

Un grupo mayoritario de participantes no habían generado una expectativa o percepción anterior a su llegada a Chile, indicando por ejemplo, que el ámbito de la salud no es algo de lo cual un inmigrante se informe con anticipación.

Al comparar los juicios antes señalados con la realidad existente en los servicios de salud en el país, la mayoría de los/as participantes, a pesar de no haber generado expectativas anteriores importantes, señalan haberse encontrado con una realidad más negativa a la esperada. Los hombres en situación no regular, indican que no esperaban que el acceso a la salud, tuviese un costo considerado por ellos como muy elevado.

b) Inscripción en centros públicos de atención primaria.

Con respecto a la inscripción en centros de salud primarios, se aprecia una clara distinción entre inmigrantes en situación regular y no regular.

De los/as participantes en situación no regular, no hay hombres que reconozcan estar inscritos en un consultorio. De las ocho mujeres no regulares, cuatro de ellas reconocen estar inscritas, principalmente a través del servicio de gratuidad.

Con relación a los/as inmigrantes en situación regular, ninguno de los hombres reconoce estar inscrito en el consultorio. Sin embargo, es posible que al menos uno de ellos si esté inscrito, por haber cumplido un tratamiento dental en uno de los centros de salud primaria. De las mujeres, sólo una, está inscrita, destacando además que en su mayoría no contaban con la información clara, considerando engorroso el trámite de acceso a este servicio.

c) Cotización en FONASA o ISAPRES.

Con respecto a la cotización en FONASA o ISAPRES, sólo una de todos/as los/as participante(s) en situación no regular, cuenta con acceso a FONASA en modalidad gratuita.

Con relación a los/as participantes en situación regular, de los ocho hombres participantes, seis de ellos, es decir una gran mayoría, cotiza en el Fondo Nacional de Salud. De los dos restantes, uno de ellos cotiza en una Isapre privada y por último, uno indica que comenzará a ver los trámites necesarios para inscribirse en FONASA. De las seis mujeres regulares, tres indican cotizar en FONASA. Otras tres participantes, no están cotizando actualmente o no tienen clara su situación actual.

Destaca, en quienes cuentan actualmente con FONASA, que fueron sus empleadores quienes les hicieron la tramitación o dieron información para que lo hicieran, considerando las leyes de su contrato de trabajo.

3.4.5 Mecanismos Utilizados en Salud.

a) Presencia de problemas de salud en Chile.

Es posible considerar que la mayoría de los/as participantes reconoce haber presentado problemas personales de salud en Chile, destacando que su gravedad por lo general ha sido mayor en los inmigrantes en situación no regular que en aquellos/as que están en situación regular.

De esta manera, un importante grupo de hombres en situación no regular, han sufrido de accidentes laborales, como caídas de altura, decaimiento general y agotamiento, que han conllevado además el despido de sus trabajos.

En el caso de las mujeres en situación no regular, en su mayoría, han presentado problemas asociados a enfermedades de mayor complejidad que han requerido de hospitalización, y que han sido atendidas como urgencias, cuya demanda asegura su atención de acuerdo a la normativa vigente.

En este contexto, hombres y mujeres en situación no regular, además de dar a conocer el problema de salud, revelan y dan suma importancia al contexto en el cual ocurrió, la dificultad que tuvieron para acceder a la atención en salud y encontrar una solución eficiente al problema.

En el caso de los inmigrantes en situación regular, también han presentado problemas de salud, los cuales se asocian a enfermedades de mayor frecuencia, como estados gripales, problemas bronquiales, estados febriles, problemas dentales, etc. Las mujeres suman además atención ginecológica e infección urinaria y los hombres accidentes laborales o domésticos, como cortes, esguinces o fracturas por caídas, problemas lumbares, entre otros.

Respecto a problemas de salud de sus familiares residentes en Chile, los/as participantes, no informan de una mayor presencia de este tipo de problemas. Indican en algunos casos que sus familiares y/o amigos en Chile, han presentado problemas de salud similares a los padecidos por ellos, por ejemplo, vinculados a accidentes laborales y/o domésticos y/o resfríos, problemas bronquiales, etc.

En el caso de los hijos(as) en Chile, logran mayor especificidad, refiriéndose a estados febriles y/o problemas estomacales, destacando en el caso de los hombres en situación regular, que son ellos, como padres, quienes se hacen cargo de resolver los problemas de salud de sus hijos(as), en tanto sus esposas, se desempeñan por lo general como trabajadoras de casa particular puertas adentro.

b) Mecanismos utilizados para resolver problemas de salud y las razones por las cuales se utilizan.

Con relación a los mecanismos utilizados para resolver los problemas de salud y sus razones de utilización, se aprecia una amplia variedad de alternativas, compartidas por la mayoría de los/as participantes entre los que destacan jerarquizados de mayor a menor frecuencia de uso:

1. Automedicación.
2. Uso de hierbas medicinales.
3. Atención y compra en cadena farmacéutica Doctor Simi.

4. Atención en establecimientos públicos de salud, como consultorios u hospitales.
5. Atención en establecimientos de privados de salud o consulta particular.
6. (Según disponibilidad) Atención en centros públicos de salud cuando viajan a su país de origen y/o encargos de remedios a familiares.
7. En menor medida: Atención en ONGs, Cruz Roja, Fundaciones especializadas, Instituciones, centros universitarios, etc.

La utilización de uno(s) u otro(s) de éstos mecanismo(s) depende fundamentalmente de:

- La gravedad,
- El costo económico
- Tiempo disponible.

De esta manera, según la gravedad del problema de salud, los/as participantes distinguen, para la utilización de uno u otro mecanismo, entre enfermedades frecuentes y enfermedades complejas.

Comprenderemos como **enfermedades frecuentes**, aquellas de menor gravedad o duración en el tiempo, de mayor frecuencia y cotidianidad, que son conocidas en tanto se han padecido anteriormente, son de padecimiento común de la población, etc., como por ejemplo, resfríos, estados bronquiales leves, estados febriles no prolongados, dolores de cabeza, problemas estomacales, dolores musculares, etc.

Comprenderemos como **enfermedades complejas,** aquellas de mayor gravedad o duración en el tiempo, de menor frecuencia y cotidianidad, que por lo general, no se han padecido anteriormente o no son de padecimiento común de la población, etc., como por ejemplo, accidentes laborales como fracturas, esguinces, enfermedades como bronconeumonía, anemias, pulmonías y/o aquellos problemas que requieran hospitalización u operación, o también situaciones que si bien no son enfermedades, necesariamente requieren de atención médica como el embarazo o parto.

De esta manera, es posible sintetizar que:

- Frente a las **enfermedades frecuentes,** la mayoría de los/as participantes, utilizan como mecanismos para resolver los problemas de salud:
  - La automedicación.
  - Las hierbas medicinales y/o
  - La cadena farmacéutica Doctor Simi, manejados de manera individual y/o complementaria.

- Frente a las enfermedades complejas o enfermedades de los hijos(as) la mayoría de los/as participantes, utilizan como mecanismos para resolver los problemas de salud:
  - Atención en establecimientos públicos de salud, como consultorios u hospitales.
  - Atención en establecimientos privados de salud o consulta particular.
  - En menor medida: atención en ONGs, Cruz Roja, Fundaciones especializadas, Instituciones, centros universitarios, etc.

Se debe considerar que dado el mayor costo económico y la necesidad de tiempo disponible que requieren estos mecanismos, a pesar de la complejidad del problema de salud, no siempre es una

opción utilizada por los/as participantes, siendo más frecuente principalmente para mujeres en situación regular.

A continuación, se detalla cada uno de los mecanismos utilizados.

I. Automedicación.

Comprendida como la utilización de medicamentos sin consulta médica previa, es un recurso altamente utilizado por los participantes para paliar enfermedades frecuentes. Las razones de su utilización no consideran distinciones importantes entre hombres y mujeres o entre quienes están en situación regular o no regular, relacionándose por lo general a lo siguiente:

- ✓ Responde a la necesidad de rápido alivio o cura a un malestar de baja complejidad.
- ✓ Responde enfermedades de mayor frecuencia que los participantes indican ya conocer y saber qué remedios utilizar para enfrentarlas.
- ✓ Al compararlo con la atención en centros de salud, la automedicación implica un menor costo y mayor rapidez de acceso.

Por último, es necesario destacar aquellos problemas que la totalidad de los/as participantes asocian a la automedicación en el país:

- Remedios en Chile son considerados de alto costo.
- En algunos remedios exigen receta médica, con la cual si se están automedicando no tienen.
- Los remedios son vendidos por caja y no por unidad como ocurre por ejemplo en Perú, lo que aumenta el valor al comprarlo por caja y no siempre se requiere tal cantidad.

II. Uso de hierbas medicinales.

Las hierbas medicinales y remedios caseros son utilizados, aunque en distinta medida, por la mayoría de los/as participantes. Su uso, se asocia por lo general a la intención de prevenir, atenuar y/o solucionar problemas de salud de menor gravedad, cuya utilización es a través de infusiones de hierbas o algunas plantas, frutas o verduras que se aplican de manera directa en la piel.

Son principalmente utilizadas de manera complementaria al uso de medicamentos o por si solas en el ámbito preventivo, respondiendo fundamentalmente al arraigo cultural de éstas en los/as participantes, sumado además a un bajo costo, fácil acceso y preparación.

No se aprecian casos en los que la medicina de tipo natural sustituya a la medicina tradicional en casos de mayor gravedad, o si se cuenta con los recursos económicos o se está asegurado el acceso a ésta última. Entre los diversos ejemplos de medicina natural, destaca el uso de la tela de araña como curación a heridas en la piel, en tanto coagula la hemorragia y cicatriza la herida.

III. Atención médica y compra de remedios en Doctor Simi.

Es posible apreciar, que esta farmacia y centro de consulta médica, ha sido utilizada por la mayoría de los/as participantes, siendo una opción recurrente principalmente para mujeres y hombres en situación regular. Para todos/as está presente como mecanismo de resolución de problemas de salud, en tanto responde de manera general, a sus necesidades básicas en esta área de manera económica y rápida.

Esta cadena, cuenta con una amplia gama de sucursales en Santiago y regiones, y dispone exclusivamente de medicamentos genéricos, y precios de venta económicos. Además, ofrece una consulta médica en sus mismas dependencias, abierta a todo público, por un valor de $1.000 pesos.

De esta manera, el Doctor Simi entrega:

- Atención médica y medicamentos a bajo costo.
- La posibilidad de contar con medicamentos que exigen receta médica, la cual es otorgada si se atienden en la misma consulta del servicio.
- La atención está disponible los días sábados, domingos y festivos, días libres para la mayoría de los inmigrantes.
- Por último, la atención médica es rápida, no requiere de esperas ni solicitar hora con anticipación.

Es importante destacar, que estos beneficios si bien, podrían responder a las necesidades y problemáticas que presentan los inmigrantes en situación no regular, para ellos no es una opción recurrente, en tanto lo consideran de baja calidad. Por el contrario, optan por remedios de mayor efectividad obtenidos en otras farmacias, como Cruz Verde o Belén con sucursales en las comunas de Independencia y Conchalí, como una opción efectiva y a su alcance.

IV. Automedicación o medicina natural o Doctor Simi, como único mecanismo disponible para resolver problemas de salud.

Cabe destacar de manera particular, que un importante grupo de hombres y mujeres en situación no regular y otro grupo de hombres en situación regular, optan por automedicarse y/o utilizar remedios caseros, como única opción frente a las dificultades de acceso a atención en centros públicos de salud, ya sea por el elevado costo que deben cancelar como particulares o con los bonos de FONASA o por experiencias negativas de atención.

Es decir, estos mecanismos serían también utilizados como única opción frente a problemas de mayor complejidad, descartando en muchos casos el uso de la atención en centros de salud públicos o privados, exceptuando el caso de los hijos(as) con quienes sí se privilegiaría la atención médica a pesar de las dificultades de acceso involucradas.

Asimismo, hay mujeres en situación no regular que señalan que al no contar con los recursos para pagar una consulta médica o comprar los medicamentos, optan por soportar el problema físico, esperando a que se detenga por sí sólo, es decir, finalmente no realizan acciones concretas para paliar dicha enfermedad.

Por lo tanto, además de la razón asociada al bajo costo y rapidez, la automedicación, Doctor Simi y hierbas medicinales, son mecanismos que son utilizados por los/as participantes, en cuanto son una única opción válida frente a las dificultades de acceso a la atención en los centros públicos de salud.

De esta manera, cabe destacar que la mayoría de los inmigrantes en situación no regular, a pesar de comprender la importancia de resolver determinados problemas de salud a través de atención profesional y asumir el descuido y postergación que muchas veces hacen de su propio estado de salud,

consideran que el gasto económico implicado se transforma en una secuela también importante, debiendo muchas veces optar por no gastar recursos, por sobre el alivio o recuperación de una enfermedad.

V. Atención en establecimientos públicos de salud, como consultorios u hospitales.

En el caso de enfermedades complejas o de mayor urgencia como accidentes, la mayoría de los/as participantes optan o quisieran optar por un centro de salud, en este caso público. Este es un mecanismo recurrente principalmente para mujeres en situación no regular y en casos más limitados para hombres en situación regular y no regular.

Los/as inmigrantes en situación no regular, deben cancelar como particular, un costo cercano a los $7.000, pues su situación legal no les permite acceder a los beneficios de FONASA.

Los/as inmigrantes en situación regular, cancelan bonos de atención según su prestación, considerando generalmente inadecuado que deban pagar por la atención en salud, además de estar cotizando y pagando mensualmente a través de FONASA. Así, este recurso para hombres regulares y no regulares es menos utilizado y responde específicamente a situaciones personales de alta gravedad y/o de enfermedades de sus hijos(as).

Cabe destacar, que algunos hombres en situación regular, cuando han sufrido accidentes laborales se han beneficiado de la Ley de Accidentes del trabajo, siendo trasladados a Hospitales o Mutual de Seguridad, todo por cuenta de la empresa y/o institución del convenio.

VI. Atención en establecimientos privados de salud o consulta particular.

Son las mujeres en situación regular, quienes utilizan con mayor frecuencia este mecanismo, destacando que los/as demás participantes por lo general nunca lo han utilizado. Así, la mayoría de ellas ha optado por la atención privada en salud. En el caso de contar con FONASA, se buscan por lo general, centros de salud privado que tengan convenio y cancelan su bono de consulta.

Aquí destacan como casos particulares, establecimientos privados de salud ubicados en el centro de Santiago, la Clínica de la Universidad Católica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile y la Caja de Compensación los Andes. En este caso particular, destaca que los centros privados son sugeridos por los empleadores o familiares.

VII. Atención en centros públicos de salud cuando viajan a su país de origen y encargo de medicamentos.

Es posible considerar, que a pesar de estar residiendo en un país distinto al de origen, principalmente para los/as inmigrantes peruanos, la atención en Perú y sus medicamentos, siguen siendo un mecanismo importante de resolución frente a enfermedades.

En sus viajes a Perú, se realizan controles médicos y resuelven problemas de salud presentados en Chile, además, traen y encargan medicamentos a utilizar para sus enfermedades o problemas de salud más comunes.

c) Comparación con los mecanismos utilizados en su país de origen

Al comparar los mecanismos utilizados para resolver problemas de salud en Chile versus aquellos que utilizaban en su país de origen, se aprecian para la mayoría de los/as participantes dos ámbitos que marcan una diferencia.

La utilización de los centros públicos de salud es frecuente, tanto frente a enfermedades de menor y mayor complejidad, principalmente en el caso peruano, en tanto:

- La atención es gratuita o de costo accesible a su realidad socioeconómica, lo cual las haría optar por este mecanismo, por sobre la automedicación y/o medicina natural priorizan en Chile.
- No se utiliza la inscripción en los centros de atención, lo que les genera una sensación de mayor seguridad de ser atendidos, situación que no logran en Chile.
- La atención de los hospitales es rápida, ya que se atiende por orden de llegada, sin necesidad de previa cita o inscripción.

En segundo lugar, si bien la automedicación se mantiene como un mecanismo de uso frecuente, destacan que en su país de origen resuelven los problemas que presentan las cadenas farmacéuticas chilenas, en tanto:

- Los remedios son de bajo costo.
- Son vendidos por unidad y no por cajas como en Chile.
- No se solicita receta médica.

En menor medida, aunque de manera transversal, la mayoría de los/as participantes comparten la percepción, de que en Chile no contarían con las redes familiares de apoyo que tienen en su país de origen, para enfrentar los problemas de salud.

A continuación se sintetizan los mecanismos utilizados por la mayoría de los/as participantes y su comparación con los utilizados en su país de origen a través del siguiente cuadro:

<u>Diagrama</u> Mecanismos para resolver sus problemas de salud y comparación con los utilizados en su país de origen:

Problema De salud	Mecanismo Utilizado	Razón de su uso En Chile.	Inconvenientes asociados	Mecanismo utilizado En su país de origen
Enfermedad Frecuente:	- Automedicación. - Hierbas medicinales y/o - Doctor Simi. - Manejados de manera individual y/o complementaria.	- Rápido alivio a enfermedades. - Menor costo asociado. - Mayor facilidad de acceso. - Disponibles días festivos.	- No siempre resuelven la patología. - Remedios son de alto costo. - Se requiere receta médica.	- Se mantiene la automedicación considerando un menor costo, sin exigencia de receta médica. - Se añade el uso de centros públicos de salud.
Enfermedad Compleja:	- Atención en establecimientos públicos de salud, como consultorios u hospitales. - Atención en establecimientos de privados de salud y/o consulta particular.	- Necesario para enfermedades de mayor complejidad. - Mecanismo con mayor seguridad y resolución frente a la enfermedad. - Es una opción principalmente utilizada por mujeres ya sea en situación regular o no regular.	- Mayor costo involucrado por FONASA o particular. - Mayor tiempo de espera. - No atienden días festivos. - Acceso no garantizado para inmigrantes en situación no regular. - Se presentan situaciones de discriminación.	- Se privilegia siempre el la atención en centros públicos de salud, los cuales: - Son gratuitos o de bajo costo. - Su atención está garantizada para todos/as. - No requieren de inscripción ni solicitud de hora. - Son rápidos. Se atiende por orden de llegada.

3.4.6 Barreras en el Acceso al Sistema y Centros de Atención en Salud.

a) Acceso a centros públicos de atención en salud.

Como se ha señalado, con respecto a la concurrencia de los/as participantes a centros públicos de salud, son las mujeres no regulares y los hombres regulares quienes principalmente utilizan este sistema. En cambio, los hombres no regulares los han utilizado en muy pocas situaciones, y las mujeres regulares no los utilizan, en tanto priorizan la atención privada u otros mecanismos.

Con relación a los lugares donde asisten, en su mayoría están ubicados en la zona norte de Santiago, principalmente en las comunas de Independencia y Conchalí. También destacan algunos de la comuna de Santiago. Estos son:

- Hospital San José
- Hospital Roberto de Río.
- La Posta Central.
- Consultorios de la zona norte. No recuerdan sus nombres.

Es posible señalar, que se opta por uno u otro servicio de salud, fundamentalmente en virtud de la cercanía y la facilidad de acceso desde sus domicilios o lugares de trabajo. Además, en el caso de los consultorios, los hijos(as) están inscritos en el lugar, con sus fichas correspondientes. Por último, sólo una de las participantes, en situación no regular, asiste al Hospital Cordillera Oriente, ubicado en la comuna de Peñalolén, lugar de residencia laboral.

b) Razones por las cuales no ha asistido o sido atendido en un centro público de atención en salud.

Se aprecia, que son muy pocos/as los/as participantes que no han asistido a un centro público de atención en salud, lo que ha ocurrido generalmente porque no han tenido la necesidad, en tanto las enfermedades o problemas de salud padecidos, han sido de tipo cotidiano y frecuente, optando por la automedicación.

Sin embargo, es de suma relevancia considerar, que de aquellas personas que han asistido al menos una vez, una amplia mayoría no lo considera una futura opción como mecanismo de resolución a sus problemas de salud, razones que se comprenderán como **las barreras de acceso** a los servicios públicos de atención en salud, entre las que destacan:

- **Altos costos para la atención como particular.**

Desde el sistema de salud, las personas que no cotizan en fondos públicos o privados, deben cancelar una consulta particular para ser atendidos. En este contexto, en condición de inmigrante no regular, los/as participantes deberían cancelar una importante suma de dinero, la cual no está siempre dentro de sus posibilidades económicas, hecho que se agudiza, si además se considera la inestabilidad y precariedad de sus empleos.

De esta manera, estar en situación no regular implica para muchos de ellos y ellas, no tener acceso a la atención en los servicios públicos de salud. Hay quienes consideran que incluso no irían a un Hospital en tanto eso les significa invertir una suma de dinero que no tienen disponible.

- **Altos costos del bono de FONASA.**

El problema del valor a cancelar para ser atendido en un centro de salud, no sólo sería una barrera de acceso para el inmigrante no regular. Para el inmigrante en situación regular, el bono a cancelar, a pesar de cotizar en FONASA, es considerado elevado en relación a sus recursos económicos.

Más aún, la mayoría de los hombres regulares, consideran que el estar obligados a cancelar por un bono en atención es excesivo, en tanto se cotiza y cancela mensualmente para la salud, lo que debiese cubrir los gastos de atención.

- **Temor de asistir a un centro de salud, por la condición de inmigrante no regular.**

Es relevante considerar además que en algunos/as participantes en situación no regular, se expresa cierto temor de asistir a un centro público de salud. El temor estaría asociado a la inseguridad que implica estar en condición no regular. Si bien es cierto, no hay elementos concretos asociados, la falta de información y conocimiento de otras opciones les limita su posibilidad de acceso. En otras palabras, la situación legal del inmigrante, limitaría de manera importante el acceso, presentando sentimientos de temor que desfavorecen su intención de asistir.

- **Falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud y los servicios y/o beneficios disponibles.**

La falta de información sobre los derechos y deberes asociados al sistema de salud; la modalidad de acceso, la dificultad para comprender una serie de términos técnicos relacionados con los trámites, las distintas creencias relacionadas con FONASA, son elementos relevantes que actúan como barreras para acceder a la salud.

- **Extensa espera para conseguir hora y/o dificultad para tomar hora de atención vía telefónica.**

Principalmente las mujeres inmigrantes, tanto en situación regular como no regular, adicionan una serie de elementos, ligados a un ámbito práctico, que para ellas se traduce en importantes barreras de acceso a la atención en el servicio público de salud, puntualmente, por sus jornadas de trabajo.

- **Horarios de atención no acordes a su jornada laboral.**

Por último, particularmente las mujeres en situación regular, añaden otra serie de elementos que desfavorecen su acceso a la atención en el servicio público de salud. De esta manera, ellas indican que hay que realizar una tramitación engorrosa para acceder al servicio, y que estos centros se encuentran lejos de sus lugares de trabajo.

3.4.7 Evaluación de la Atención en Salud

a) Conocimiento de la oferta de servicios del sistema de salud existente en el país.

Es posible considerar que los/as participantes no cuentan con información suficiente, detallada o precisa sobre la oferta de servicios de salud existente en el país, por el contrario, manejan nociones genéricas que se relacionan con su experiencia fundamentalmente en el ámbito público.

Es importante considerar que al hablar del sistema de salud los/as inmigrantes distinguen entre el ámbito público y privado. En el ámbito público, reconocen como servicio de salud, los hospitales y consultorios a los cuales han asistido.

En el ámbito privado, dan cuenta de la existencia de clínicas y consultas privadas, de las cuales por lo general no dan nombres y señalan que en ellas el cobro por atención médica es mayor[30]. Por último, los hombres en situación regular, reconocen además haber escuchado o en un caso asistido, al Hospital del Trabajador, asociado a aquel lugar al cual se accede en el caso en accidentes laborales y estar contratado.

b) Aspectos positivos de los servicios de salud que ofrece el país.

Los/as participantes en su mayoría o de manera consensuada, no logran dar a conocer aspectos positivos del actual servicio de salud en el país. De manera minoritaria, los hombres tanto en situación

[30] Excluyendo a mujeres regulares quienes hacen uso de centros de atención privados.

regular como no regular, reconocen favorables experiencias de atención, fundamentalmente hacia sus hijos(as) lo cual cobra para ellos una vital importancia.

Por otra parte, las mujeres en situación no regular, destacan los beneficios que tendrían los(as) chilenos(as), como la atención gratuita para embarazadas y distribución de leche, beneficios a los cuales ellas no tendrían acceso, en tanto sean inmigrantes en situación no regular.

Por último, las mujeres en situación regular, destacan del servicio de salud, aquello relacionado a tecnología e infraestructura, considerando que ellas acceden principalmente a centros privados de salud.

c) Aspectos negativos de los servicios de salud que ofrece el país

Como se ha indicado, la mayoría de los/as participantes han asistido a centros de salud, por lo general públicos. En esta experiencia de atención directa se han visto expuestos/as a una serie de inconvenientes o dificultades, las cuales a su vez, se complementan con las barreras de acceso antes señaladas.

De esta manera, los problemas vivenciados y aspectos negativos de la atención en el servicio público de salud, son comprendidos como:

- Negligencia y discriminación hacia el inmigrante.
- Lentitud de la atención o extensos tiempos de espera, a pesar de la gravedad del problema de salud.
- Alto costo de los medicamentos recetados.

d) Evaluación específica sobre la calidad de atención prestada por distintos agentes de salud.

Al realizar una evaluación específica sobre la calidad de atención prestada por los distintos agentes de salud, son las mujeres y fundamentalmente aquellas en situación no regular y una minoría regular, quienes mantienen una evaluación negativa de la calidad de atención entregada por los centros de atención en salud, básicamente porque lo asocian a elementos de discriminación en la atención.

La percepción de discriminación se expresaría en situaciones como:

- ✓ Mayor tiempo de espera que una persona chilena.
- ✓ Atención de muy corta duración y/o muy apresurada.
- ✓ Atención que manifestaría enfado o una actitud alterada hacia el inmigrante.
- ✓ Trato de mayor indiferencia que hacia el chileno.

En menor medida, también hay quienes limitan esta atención de mala calidad hacia el personal auxiliar de enfermería o administrativo, no queriendo generalizar estas conductas observadas, señalando que se circunscriben a ciertas personas, tal como ocurre en todos los países.

Los hombres, en su mayoría, no se refieren a experiencias concretas que les permitan evaluar este elemento. Sólo uno de ellos en condición no regular, da cuenta de un trato de mala calidad por parte del personal médico.

Por último y por el contrario a los/as demás participantes, las mujeres en situación regular, en su mayoría, señalan haber vivenciado un trato digno y amable, principalmente en los centros de privados de salud.

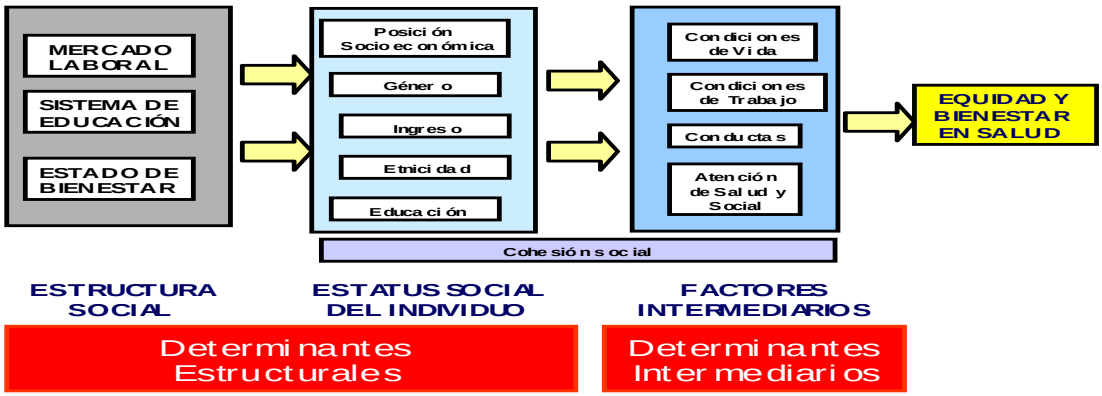
3.4.8 Determinantes Sociales de Salud.

A partir de toda la información recopilada, es posible dar cuenta de aquellas condiciones de vida, ya sean materiales, ambientales y/o biopsicosociales, que influyen o se traducen en efectos positivos o negativos en la salud de las personas.

Se presentan una serie de condiciones sociales en las que transcurre la vida de los/as participantes, ya sean personales, de su entorno inmediato y/o de su contexto general, que afectan o deterioran la salud, comprendida como un estado integrado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como ausencia de enfermedad.

Lo anterior, lo podemos comprender como determinantes sociales de la salud, definidos como *"las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan y que impactan a la salud. (…) Se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud"*[31], que afectan en mayor o menor medida a los y las participantes.

El modelo conceptual general de los Determinantes Sociales de Salud, se comprende a partir del siguiente diagrama[32]:



[31] Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2005). Construyendo la nueva agenda social, desde la mirada de los determinantes sociales de salud. Página 43. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/LIBRO_CONDICIONANTES_SOCIALES.pdf

[32] Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2005) Enfoque Determinantes Sociales de la Salud y Equidad. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/presentaciondss.pps

Con la finalidad de clarificar y organizar la información entregada por los/as participantes y responder de manera particular a la especificidad de la población inmigrante en Chile y la información trabajada en este informe, el modelo conceptual de los Determinantes Sociales en Salud o DSS, se ha modificado y se presenta de la siguiente manera:

- **Condiciones materiales y ambientales.**
  - Situación migratoria.
  - Condiciones laborales.
  - Nivel educacional.
  - Ingresos económicos.
  - Calidad de vivienda.
  - Atención de salud.

- **Condiciones Psicosociales.**
  - Bienestar Psicosocial.
  - Redes familiares y sociales.
  - Conductas y hábitos saludables.
  - Hábitos alimenticios.
  - Discriminación.

- **Condiciones Diferenciales.**

De esta manera, los principales DSS para la población inmigrante en Chile, serían los siguientes:

a) Condiciones materiales y ambientales.

I. Situación Migratoria en Chile.

La situación o status migratorio en Chile, se constituye como un importante determinante social en salud, encontrándose diferencias fundamentales entre la situación regular, que actúa como facilitador de acceso a la atención en salud, y la situación no regular, que por el contrario lo desfavorece.

En este contexto, el estar en Chile como inmigrante no regular, es una condición social en salud de alta complejidad que incide en el estado completo de bienestar que pueden alcanzar los/as participantes. Para ellos/as su situación no regular, es un importante determinante que limita su acceso a la salud en Chile, por múltiples motivos:

- Por una parte, no les permite acceder a beneficios sociales como por ejemplo, FONASA, lo que les obligaría a cancelar un valor por atención en salud que supera sus posibilidades económicas, limitando de manera importante su acceso.
- Además, el no contar con contrato laboral, les genera una sensación de incertidumbre frente a los sueldos, ya que ha habido ocasiones en las cuales no se les ha cancelado lo correspondiente y/o no cuentan con un respaldo en casos de accidentes en el trabajo, aspecto fundamental sobre todo en el rubro de la construcción.
- Asimismo, consideran que el estar en situación no regular, además de limitar sus posibilidades de acceso a beneficios en salud, también se extiende a todo tipo de beneficios sociales, por ejemplo el acceso a la casa propia.

- Por último, emocionalmente, los/as mantiene en un estado de incertidumbre o inseguridad sobre qué hacer en situaciones de emergencia o enfermedad. Les provoca temor asistir a centros públicos de salud, limitando sus posibilidades de realizar los tratamientos adecuados en casos de accidentes o enfermedad, o por ejemplo, acceder a una serie de exámenes preventivos.

Por el contrario, la situación de regularidad, actúa como facilitador en la percepción de bienestar para los/as inmigrantes. Esto, principalmente por que a través de su contrato laboral han podido acceder al Fondo Nacional de Salud, FONASA, otorgándoles, desde su percepción, mayores posibilidades de acceso a la atención a diferencia de quienes están en situación no regular. Lo anterior, se refuerza en mayor medida, al comparar las difíciles situaciones que han vivido sus compatriotas en situación no regular.

II. Condiciones laborales.

Es posible considerar que las condiciones laborales, principalmente asociadas al rubro de la construcción para los hombres y de trabajadoras de casa particular para las mujeres, afectan el estado de bienestar de los/las participantes.

En el caso de los hombres, si bien, comparten un mismo oficio, la condición de regularidad, genera que ambos se vean afectados por distintos ámbitos. Los no regulares asociado al agotamiento y ausencia de seguros frente a accidentes, y los regulares, a la falta de tiempo para acceder a la salud y posibles tratamientos.

Para la mayoría de los participantes en situación no regular, el trabajo en el rubro construcción conlleva una alta carga laboral que afectaría de manera importante su estado bienestar actual. Consideran tener una demanda de trabajo que conlleva un agotamiento desde dos ámbitos: el tipo de trabajo realizado con gran esfuerzo físico y la larga jornada laboral, la que se extiende, por lo general, 10 a 12 horas continuas. De manera particular, destacan además, que por su condición de trabajo informal y situación no regular, no pueden acceder a licencias médicas que ayuden a resolver problemas de salud padecidos.

Los participantes en situación regular, en cambio, si bien tienen mayor acceso a atención en salud, que aquellos en situación no regular, destacan la escasez de tiempo disponible para acceder a la atención en salud e informarse de sus beneficios. Además, recalcan que en el rubro en el cual se desempeñan existe un alto riesgo de sufrir accidentes y/o dolencias, lo que si no es atendido a tiempo y de manera efectiva, puede conllevar importantes problemas de salud a futuro.

En el caso de las mujeres, en situación regular y no regular, se aprecia un discurso mayoritario y consensuado respecto de cómo el rol de trabajadora de casa particular conlleva una serie de condiciones que afectan su estado de bienestar.

Lo anterior, se asocia principalmente a la escasez de tiempo disponible durante la semana para asistir a un centro de salud, en tanto su jornada laboral, es por lo general de lunes a sábado. Un grupo importante trabaja “puertas adentro”, es decir, no sale de su lugar de trabajo los días de semana, y si es “puertas afuera”, su horario de salida es frecuentemente después de las 19:30 horas. En ambos

casos, disponen para atención generalmente los días domingo, día que no cuenta con mayor oferta de atención en salud en Chile.

Por otra parte, en aquellos casos de trabajo "puertas adentro", las participantes, perciben cierto grado de estrés al no poder diferenciar de manera eficiente, su tiempo de descanso y/o distracción en el lugar de trabajo, versus el tiempo de trabajo en el mismo sitio, lo cual afecta su percepción de bienestar.

III. Nivel Educacional.

Es posible considerar que si bien, el nivel educacional no es explicitado o señalado por los participantes como un condicionante que afecte de manera directa su salud, se aprecia que las mujeres en situación regular, quienes cuentan con un mayor nivel de escolaridad de su país de origen y además en Chile cursan estudios de "cuidado de enfermos", son quienes destinan mayores recursos económicos a la atención de salud, privilegian centros de atención privados y son quienes presentan mayor tendencia a controles preventivos, como exámenes y/o chequeos médicos, a diferencia de todos/as los/las demás participantes.

De esta manera, es posible apreciar que el nivel educacional actuaría como factor protector en el cuidado de la salud, es decir, a mayor nivel educacional, mayor presencia de conductas y hábitos de autocuidado en salud. O por el contrario, a menor nivel educacional, sobre todo en hombres de situación no regular, se privilegian otras necesidades, muchas veces en desmedro del cuidado de su salud.

IV. Ingresos económicos.

Para la mayoría de los/as participantes, los ingresos económicos son un factor central que determina su completo estado de bienestar. Se excluyen las mujeres en situación regular, quienes no lo consideran un elemento relevante, en tanto priorizan sus recursos para acceder a la atención de salud privada. Los hombres regulares en cambio, perciben que sus ingresos económicos no son suficientes para cubrir gastos de salud. Estos ingresos estarían limitados principalmente a satisfacer sus necesidades básicas, por lo cual, un problema de salud, sería percibido como un gasto "extra" que altera el presupuesto.

En este contexto, fundamentalmente quienes han logrado una cura satisfactoria frente a problemas de salud de mayor gravedad, han sido cubiertos desde el seguro contra accidentes del trabajo y/o de manera independiente. Por otra parte, aquellos participantes solteros que contaban con redes familiares de apoyo, pudieron conseguir con ellos el dinero necesario, y luego, cancelar en cuotas lo adeudado.

Además, los hombres regulares reiteran, la percepción de estar cotizando mensualmente para cubrir sus necesidades de salud, que utilizan sólo ocasionalmente. Sin embargo, cuando se necesitan dichos servicios, habría que cancelar por la atención, lo que para muchos resulta excesivo, pues no cuentan con los recursos económicos suficientes.

Hombres y mujeres no regulares, presentan un mayor consenso respecto del ingreso económico como condicionante social en salud que influye negativamente en su completo estado de bienestar. En este

sentido, los ingresos estarían directamente relacionados con su condición no regular en el país. Consideran que es esta condición la que precisamente no les permite acceder a mejores remuneraciones, no contando con ingresos económicos suficientes para abarcar gastos de salud.

Sus ingresos estarían muy limitados y un problema de salud, sería percibido como un gasto que no está considerado y no puede ser utilizado. Además, en su condición no regular, deben cancelar como particulares si se quieren atender, por lo cual, generalmente evitan ir a un centro de salud, privilegiando la automedicación y/o remedios naturales.

V. Calidad de la vivienda.

Las condiciones de vivienda, son un punto también relevante para los/as participantes, observándose claras diferencias entre regulares y no regulares, cuyas condiciones se distinguen por lo general por el número de personas con las cuales comparten sus habitaciones, en que el número de éstas es muy superior en el caso de los no regulares.

De esta manera, hombres y mujeres en situación no regular, comparten sus habitaciones con varias personas y en espacios reducidos. Los distintos ambientes del hogar, como dormitorio, cocina y comedor, se concentran por lo general en un solo espacio, no logrando las condiciones materiales necesarias para alcanzar un completo bienestar. Además, en algunos casos, no cuentan con agua potable dentro de sus habitaciones y los baños no disponen de agua caliente.

Los hombres, consideran estos elementos como un factor relevante del agotamiento que manifiestan desde su autopercepción del estado de salud. Las mujeres, señalan que su privacidad y convivencia se ve alterada, debido fundamentalmente a que en muchas ocasiones deben compartir la habitación con los hijos(as) y además, que el hacinamiento limita las posibilidades de recibir visitas, generando importantes sentimientos de frustración.

VI. Atención de salud.

El acceso a la atención en salud, es también un factor de suma relevancia para los/as participantes. Hombres y mujeres no regulares, señalan no contar o contar con un bajo acceso a la atención en salud. Para ellos/as hay un costo que no siempre se considera dentro de los gastos posibles de realizar. Así, en su mayoría, el acceso a la salud es problemático, optándose en mayor medida por la automedicación y uso de remedios y/o hierbas medicinales.

Las mujeres regulares, son las únicas quienes reconocen favorable el acceso, considerando que ellas destinan recursos económicos para acceder a atención en centros privados de salud.

Por último, cabe hacer una distinción observada por género. Se aprecia que a pesar de los recursos económicos y/o situación de regularización, son las mujeres quienes de una u otra forma buscan la forma de acceder a la atención en salud, en cambio los hombres, fundamentalmente no regulares, anulan esa posibilidad, privilegiando otras prioridades en desmedro del cuidado de su salud.

b) Condiciones Psicosociales.

I. Bienestar Psicosocial.

Es posible observar, que los condicionantes materiales y ambientales antes mencionadas, disminuyen la percepción favorable de bienestar emocional en los/as participantes. Principalmente la condición de inmigrante no regular conlleva una serie de implicancias que afectan este ámbito de la salud y en consecuencia se mantiene de manera importante la percepción de que está "prohibido enfermarse" o es "imposible acceder a la atención en un centro de salud público".

Destaca, que si bien, las mujeres regulares presentan un favorable estado general de bienestar, el ámbito psicosocial se ve afectado. Su percepción de salud, está principalmente enfocada al ámbito psíquico, en tanto su condición de inmigrantes y principalmente la lejanía de su familia e hijos(as), les provoca constantes sentimientos de nostalgia, preocupación y tristeza, que afectan de manera notoria, su percepción de salud personal, lo cual si bien es cierto está presente en la mayoría de los/as participantes, es en ellas, en quienes las consecuencias serían más notorias.

Por último, a diferencia de los/as demás participantes, son los hombres regulares quienes valoran de manera más importante la posibilidad de disfrutar de un completo bienestar biopsicosocial, en tanto les permite trabajar y acceder a recursos económicos.

II. Redes familiares y sociales.

Para la mayoría de los/as entrevistados/as, la falta de redes familiares cercanas, como aquellas con las que contaban en su país de origen, incide negativamente en su percepción de salud.

Esto, principalmente en los/as participantes no regulares, aumentando su percepción de incertidumbre o inseguridad, en tanto, además de no beneficiarse de las garantías de atención en salud, no conservarían el apoyo de la familia cercana que pudiese aportar y dar mayor seguridad en casos de presentarse problemas en este ámbito.

Además, las mujeres regulares, destacan nuevamente la sensación de tristeza y nostalgia, en tanto sus redes familiares cercanas, no pueden estar presentes en ocasiones especiales y/o frente a problemas de salud.

III. Conductas y Hábitos Saludables.

Las conductas y hábitos o estilos de vida de los/as participantes, están directamente asociados a sus condiciones laborales. Así, la alta demanda laboral y extensas jornadas de trabajo, conllevan una escasez y poca flexibilidad de tiempo disponible para acceder a la atención en salud, tanto frente a enfermedades simples como complejas y/o actividades preventivas y de control.

Además, el estilo de vida se ve altamente afectado por las condiciones de sus viviendas, no contando, gran parte de los/as participantes, con los espacios suficientes para el descanso, relajo, privacidad, acceso a servicios básicos como baño o cocina propia entre otros.

Se suma para las trabajadoras de casa particular, principalmente puertas adentro, sentimientos de agobio y encierro, sin posibilidades de contar con la distracción necesaria del ambiente laboral. Además de ser puertas adentro o afuera, el ser laboralmente responsables de un hogar, les genera la sensación de que les está "prohibido enfermarse".

IV. Hábitos alimenticios.

El ámbito alimenticio, ha sido una condición de salud relevante para los hombres no regulares, afectando su salud principalmente en su llegada a Chile, situación comprensible en un periodo de adaptación a hábitos alimenticios distintos. Por otra parte, algunos participantes, en virtud de que sus esposas trabajan como trabajadoras de casa particular puertas adentro, deben cocinarse solos, actividad que no realizaban en su país de origen.

Por último, dan a conocer las dificultades que implica mantener una alimentación saludable, por no contar con las condiciones mínimas para preparar sus alimentos de manera adecuada. En muchos casos, la cocina es compartida por muchas personas, lo que dificulta su acceso.

V. Discriminación.

Para todos/as los/as participantes, el ámbito de la etnicidad como determinante social de salud, es una situación que afecta su percepción de bienestar, observándose ciertas particularidades según el género y condición de regular o no regular en el país. Para los hombres en situación no regular, lo viven de manera particular principalmente en sus lugares de trabajo. Consideran que al estar "informales" en sus trabajos y en su condición de no regular, no cuentan con los mismos beneficios en salud que el trabajador chileno. Ellos, a diferencia de los chilenos, "no pueden enfermarse" en tanto, no se los deriva a un centro de salud, no pueden acceder a licencias médicas y si se ausentan laboralmente producto de una enfermedad, son por lo general rápidamente sustituidos y despedidos. Por ello, privilegiarían el mantener el empleo por sobre el cuidado de su salud.

Además, en conjunto con los hombres regulares, indican que el empleador y/o compañeros de trabajo chilenos, se refieren al inmigrante peruano, como una persona belicosa y con manifiestos hábitos alcohólicos, lo cual, afecta la posibilidad del inmigrante de ser reconocido en situaciones de accidente y/o enfermedad, ya que la mayoría de los problemas que presentaría el inmigrante son directamente vinculados a aquellos hábitos.

Las mujeres en situación no regular, revelan actitudes de discriminación principalmente asociadas a centros de salud públicos, entre las que destacan que: frente a la alta demanda de atención que vivencian los centros de salud públicos, se privilegia el acceso a los(as) chilenos(as) y/o un trato

discriminatorio desde el personal administrativo de salud por su fenotipo[33], asociado a rasgos indígenas y peruanos.

Los hombres regulares, agregan además, que los chilenos son personas que manifiestan su discriminación hacia el inmigrante de manera directa, principalmente señalándoles que estarían usurpando sus puestos de trabajo.

Por último, es importante destacar, que en su mayoría, manejan además experiencias de discriminación de compatriotas cercanos, que se complementan con las vivenciadas personalmente y aumentan la percepción de discriminación, afectando su completo estado de bienestar.

3.4.9 Conocimiento de Derechos en Salud para Inmigrantes

a) Conocimiento sobre los derechos o garantías con que cuentan los inmigrantes en el servicio de salud chileno.

Con relación al conocimiento sobre los derechos o garantías con los que los/as participantes cuentan en el servicio de salud chileno, es posible considerar que la mayoría, señala no contar con mayor información al respecto.

En segundo lugar, los/as participantes al momento de distinguir entre derechos o garantías para inmigrantes en situación regular y no regular, logran entregar mayor información, la cual sin embargo, no es consensuada y está directamente relacionada con la experiencia personal de quienes la presentan.

Sin embargo, es posible considerar que en mayor medida, se reconoce que una persona en situación regular puede acceder a través del contrato laboral, al Fondo Nacional de Salud, lo que aseguraría el acceso a la atención, a diferencia de las personas en situación no regular, quienes no podrían acceder a este beneficio.

Los inmigrantes en situación regular, según sean hombres o mujeres, presentan opiniones distintas. Según los hombres, tendrían la garantía de ser atendidos por una primera y única vez en un centro público de salud. Luego, tienen la posibilidad de atenderse, no desde el ámbito del derecho, sino como respuesta a un pago específico de atención particular en el centro de público de salud.

Algunas mujeres, reconocen que el inmigrante en situación no regular tiene derecho a ser atendido en caso de urgencia, lo que sin embargo no sería respetado. Señalan que a pesar de haber solicitado atención de urgencia en un centro de salud público, se les ha negado la atención o se les ha solicitado un aval de nacionalidad chilena.

[33] Fenotipo es la manifestación visible del genotipo en un determinado ambiente. El genotipo, por su parte, es Conjunto de los genes de un individuo. Ambos en Diccionario de la Real Academia Española, disponible en www.rae.es

Cabe destacar el caso de dos hombres en situación no regular, quienes estaban actualmente buscando información y presentaban mayor conocimiento sobre sus derechos. Uno a través de un libro informativo de los derechos inmigrantes que había adquirido en el Consulado de Perú y el otro, a través de conversaciones y participaciones en distintas charlas dictadas por sus compatriotas.

En el primer caso, se reconoce como derecho el pago de una inscripción en la Municipalidad que daría derecho a atención en Hospitales. El segundo caso, contaba con importante información sobre la modalidad de FONASA de cotización como trabajador independiente, la cual daría derecho a atención en salud.

b) Fuentes para acceder a información en el ámbito de derechos en salud.

El acceso a la información, es uno de los puntos críticos de los/as participantes en relación a la salud. Consideran no contar con mayor información en este ámbito ni reconocer fuentes viables para acceder a ella. Destaca además, la responsabilidad personal que otorgan al ámbito de la búsqueda de información. Señalan que aunque la información no esté siempre disponible, la búsqueda dependerá de la motivación personal.

3.4.10 Propuestas para Mejorar la Integración de los Inmigrantes al Sistema de Salud.

a) Cambios para mejorar el acceso a la atención en salud y calidad de la atención.

Con relación a las propuestas de cambio, tanto para el acceso a la atención en salud como para la calidad de la atención recibida, se aprecian una serie de aportes compartidos por la mayoría de los/as participantes, entre los que destacan:

I. Cambios en el acceso a la atención en salud

- Garantizar el acceso a la atención en salud sin distinciones.

De manera mayoritaria y manifestado de forma directa por los/as participantes, se espera que se adopten las medidas necesarias que permitan garantizar el acceso a la atención en salud, sin distinguir entre inmigrantes en situación regular y no regular. Este ámbito, se manifiesta como un derecho humano universal, que busca igualdad de condiciones para las personas, independiente de su nacionalidad y/o situación de regularización en el país.

- Atención gratuita y/o de bajo costo.

Entregar atención en salud gratuita y/o reducir los costos asociados a la atención en salud y sus medicamentos, con un valor adecuado a las posibilidades socioeconómicas del inmigrante.

- Que se asegure y respete el derecho de atención por urgencia.

- Ampliar los horarios de atención de los centros públicos de atención en salud.

Los/as participantes manifiestan la necesidad de ofrecer atención en salud los fines de semana, considerando la imposibilidad del inmigrante de acceder en días hábiles, por la jornada laboral que posee la mayoría de ellos/ellas.

❖ Cambios en la modalidad de entrega de horas en centros de atención.

Los/las participantes indican que se atienda por orden de llegada, sin solicitar hora anticipadamente, asegurando que el día que se asista al centro de salud se dará la atención necesaria.

II. Cambios en la calidad de atención en salud.

❖ Mejorar el trato directo de la atención del personal de salud hacia el inmigrante.

En el ámbito de la calidad de atención, se hacen importantes referencias a mejorar las situaciones de discriminación vivenciadas por la población inmigrante, lo cual se manifestaría principalmente en la entrega de un trato poco digno hacia los/as usuarios/as por parte del personal de salud.

Cabe destacar, que el favorecer un trato digno no se relaciona a su condición misma de inmigrante sino por el hecho de ser seres humanos. Se considera que frente al inmigrante se manifiesta un trato de menor calidad, esperando por el contrario, ser tratado de manera igualitaria y digna, como cualquier persona que solicita atención en salud. El buen trato, lo asocian principalmente a la amabilidad y discreción, a la capacidad de responder a las preguntas, de orientar sobre los requerimientos u otros beneficios en salud, etc.

b) Aportes desde el sistema de salud de su país de origen.

En este contexto, la mayoría de los cambios propuestos, tienen como base lo que ellos/ellas han vivenciado en su país de origen con respecto a sus servicios de salud. Destacan la calidad del trato, la atención gratuita o más económica, el mayor tiempo disponible para cada atención, mayor rapidez en ser atendido y la seguridad que implica estar en su propio país de origen evitando posibles situaciones de discriminación.

c) Lugares y formas en las que les gustaría recibir información sobre temas de salud y acceso a la atención en salud.

El ámbito de la información, es de suma relevancia para los participantes, destacando lo siguiente:

❖ Contenidos a informar: principalmente, se refieren a orientación y especificación de sus derechos y deberes en el ámbito de la salud y formas de acceso a atención. Por ejemplo, orientación sobre los servicios en la prestación de FONASA, sus beneficios, modalidades de cotización, etc.

❖ Formas en las cuales les gustaría recibir la información:

- Información escrita: la mayoría de los participantes destacan la publicación de afiches y la recepción de volantes o revistas distribuidos en lugares estratégicos. En este sentido, destacan que como inmigrantes se preocuparían de transmitir lo recibido a sus compatriotas.

- Charlas informativas: además, proponen charlas informativas por grupos de inmigrantes. Estas charlas debiesen darse fuera del horario laboral. Lo positivo de las charlas presenciales radica en la posibilidad de hacer preguntas y resolver dudas de manera directa, generando además la posibilidad de transmitir la información clarificada de persona a persona.

- Número telefónico para informaciones: destaca la disposición de un número telefónico específico que responda y oriente en el ámbito de salud a los/las inmigrantes. Éste número, permitiría de manera importante adaptarse a la dificultad que los/as inmigrantes tienen para desplazarse los días de semana y acceder a información.

❖ Lugares en los cuales les gustaría recibir la información.

Destacan que la entrega de información escrita puede ser en lugares de alto tráfico de inmigrantes, asegurando que se realice los fines de semana, en lugares como:

- Plaza de Armas de Santiago.
- Catedral de Santiago.
- Estación del metro Cal y Canto.

Para las charlas informativas, sugieren hacer la convocatoria en los lugares que concentran a una alta población inmigrante, pudiendo utilizar espacios cerrados cercanos y/o realizando ahí las inscripciones para luego efectuarlas cerca de sus residencias, como centros comunitarios, ONGs, gimnasios, iglesia, centros municipales, etc.

Por último, las mujeres también destacan los programas de radio específicos sobre el Perú, como un medio altamente utilizado por ellas en la recepción de información.

4 MARCO DE REFERENCIA PARA PLAN PILOTO

Como forma de dar un marco de referencia al diseño del plan piloto en salud para inmigrantes residentes en las comunas del SSMN, se han consultado diferentes textos, documentos, artículos y fuentes de diversa índole para responder con un proceso metodológico plausible y pertinente de acuerdo al requerimiento solicitado. Es así como una revisión bibliográfica de documentos nacionales e internacionales en relación a la temática planteada, ha permitido recopilar información pertinente respecto a estándares, normas o experiencias guía.

Como se han descrito en anteriores informes de avance, con relación a la metodología comparada de la experiencia de otros países se pueden destacar las siguientes conclusiones:

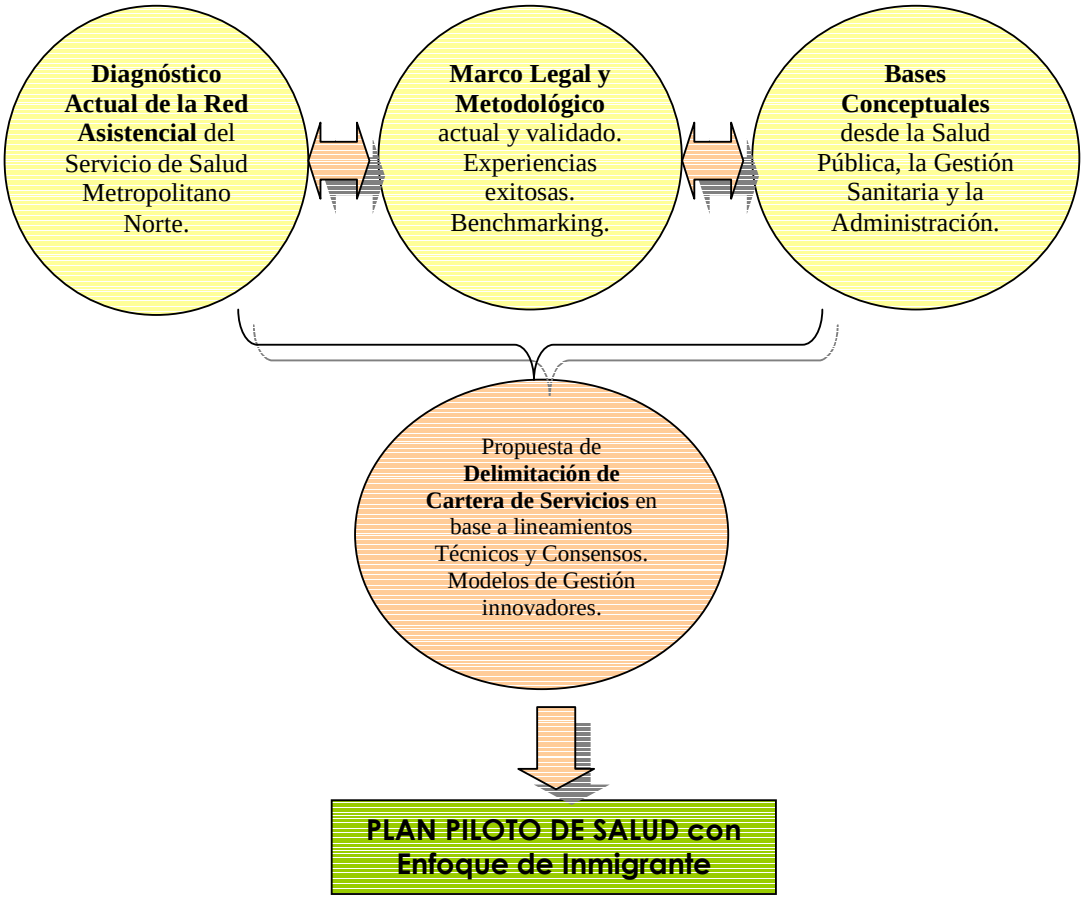
- Las diferentes experiencias observadas dan cuenta de la existencia de un claro lazo de continuidad entre el debate legislativo internacional y la adopción de medidas internas en torno a la provisión de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a la población inmigrante.
- El impacto que ha tenido este debate se hace sentir, tanto en el ámbito de la misma legislación interna en materia de derechos de inmigrantes, entre ellos la salud, así como en la proliferación de programas específicos de atención a dicha población. Aún así, persiste claramente una resistencia a la asimilación de un proceso que se caracteriza por ser irreversible.
- Las experiencias de proyectos y programas analizados en el marco del presente proyecto -la andaluza, mexicana y costarricense- dan cuenta de la relevancia de la adopción de medidas concretas para enfrentar la problemática, teniendo en cuenta no sólo las implicancias en la salud de la población movilizada, sino también en la población receptora.
- Desde la perspectiva del diseño de los mismos programas, se puede observar como el concepto de "la nueva salud pública" se posiciona como estrategia central -en estrecha afinidad con las restricciones jurídicas- por medio de enfoques preventivos que priorizan la educación y el auto-cuidado.
- Desde la perspectiva de la ejecución de programas específicos, se observa la gran importancia que en este tipo de iniciativas tienen las organizaciones de la sociedad civil, sin cuya actuación el campo de acción efectiva se vería mucho más limitado.
- No obstante lo anterior, centrar las estrategias de intervención en el papel de la organizaciones de la sociedad civil, puede terminar entregando al voluntariado un deber que es propio de los Estados y Gobiernos.

Por otra parte, el plan piloto propuesto espera contribuir a los objetivos sanitarios para la década que plantean por una parte, la necesidad de proveer servicios acordes con las expectativas de la población, de tal manera de incrementar la valoración social del sistema, y por otra parte, contribuir a la disminución de la inequidades en salud.

Desde el enfoque de los determinantes sociales en salud, el plan piloto propuesto busca centrar la atención en estrategias dirigidas de manera directa a inmigrantes, y de manera indirecta a la población chilena, con acciones específicas que faciliten el acceso a información, a la atención en salud y a una atención de calidad.

Al considerar lo anterior como el eje sobre el cual está centrado el marco teórico propuesto, es que contando con elementos propios de la disciplina de la Salud Pública como de sus diferentes áreas tributarias, como la Epidemiología para la Gestión, la Gestión y Administración Hospitalaria o Clínica, la Planificación Sanitaria, Gestión y Políticas Públicas, etc., es que se puede dar un marco que permita desglosar la metodología aplicada en este informe.

Como forma de perfilar el presente trabajo se plantea la siguiente representación gráfica sobre la estructura que se ha querido dar:

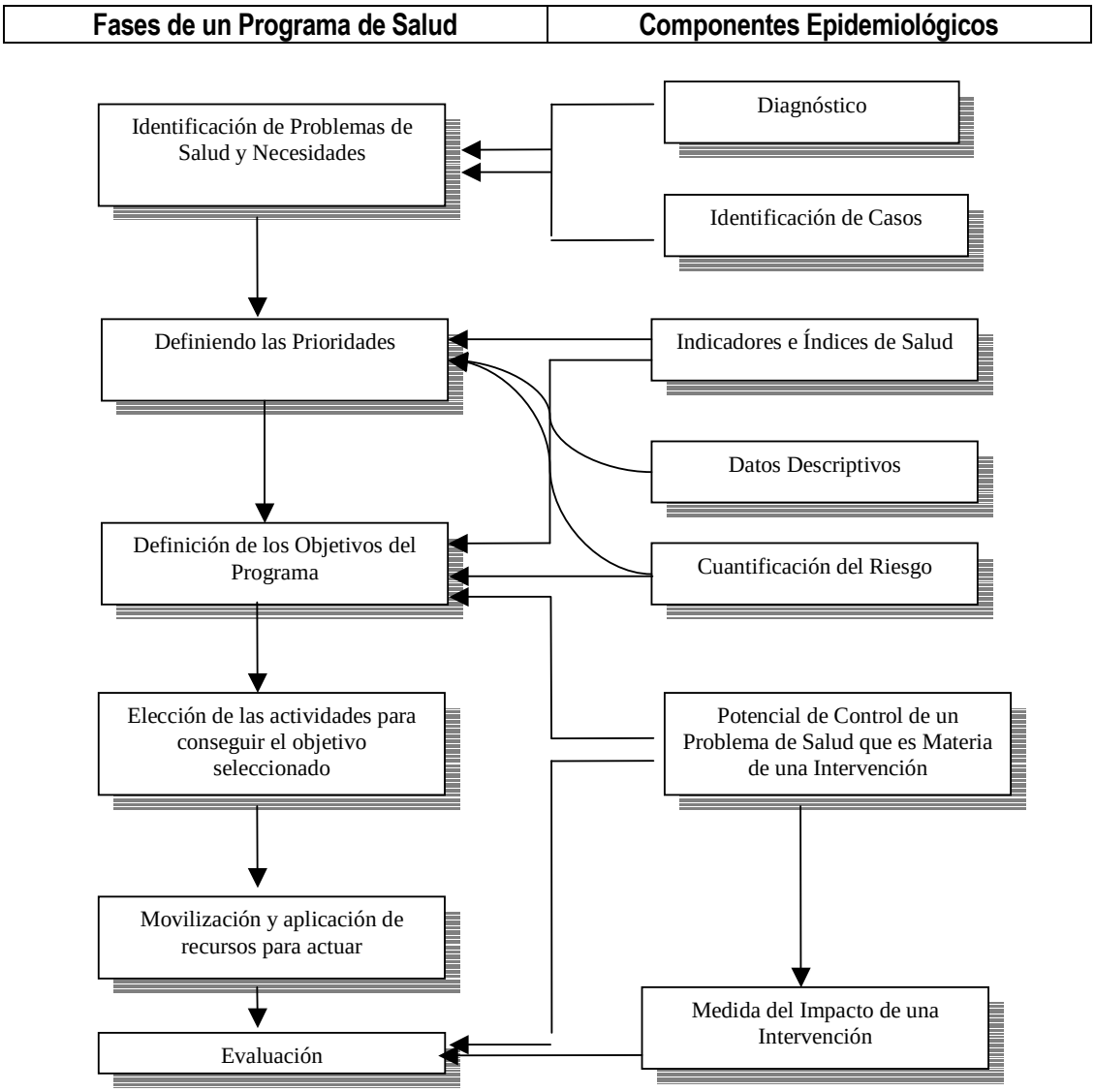


Se consideran como elementos constituyentes del plan piloto: el Diagnóstico de la Red, las Bases Conceptuales y el Marco Legal y Metodológico, y como elementos supuestos y operativos dentro del plan la Delimitación de Carteras de Servicios, en particular la cartera considerada como el conjunto de propuestas de intervención sugeridas para el Plan Piloto de Salud con enfoque inmigrante.

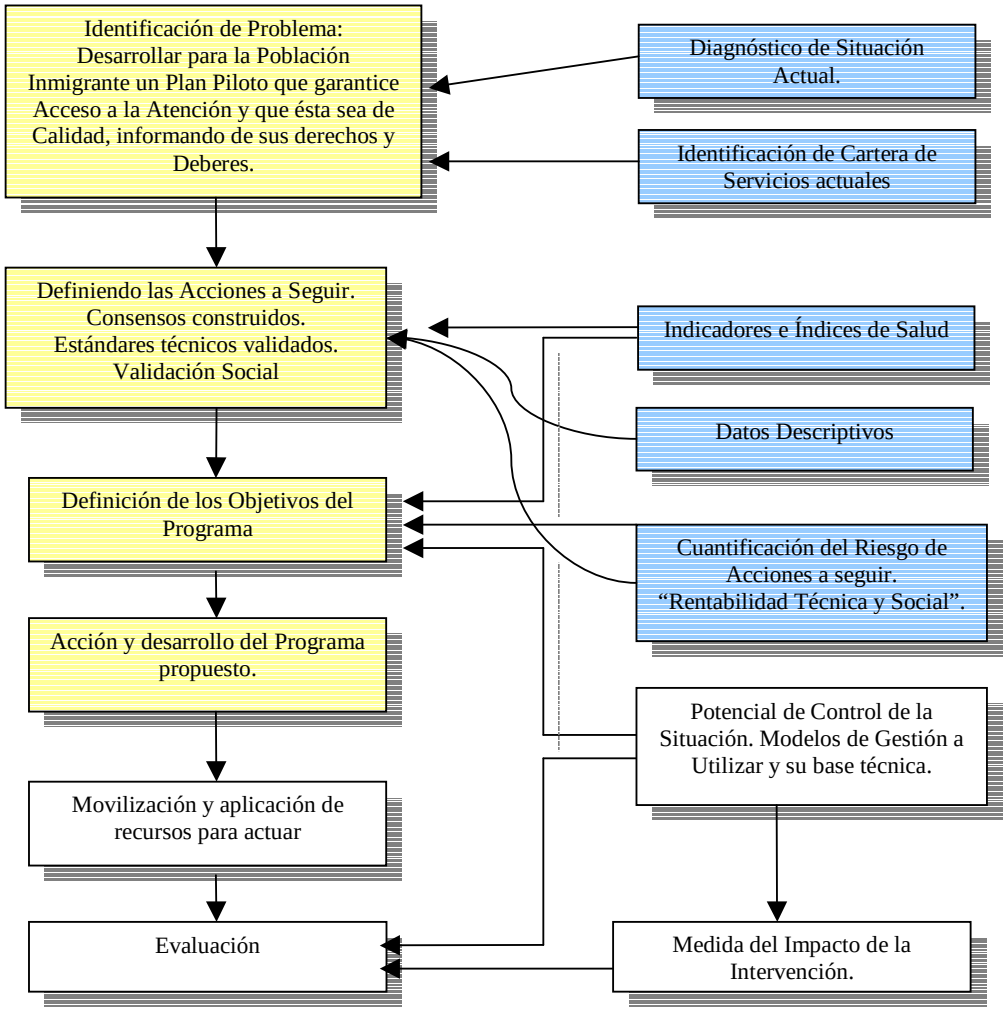
A esto se suma que el énfasis que se plantea para el diseño del Plan Piloto en algunos ámbitos que caen dentro de la denominada Cartera de Servicios, en particular:
1. Información sobre Derechos y Deberes.
2. Acceso a la Atención en Salud.
3. Calidad de la Atención en Salud.

Partiendo de este esquema, es que todos los conceptos, ideas, criterios, orientaciones, etc., que el plan piloto contempla, forman parte de alguna de las estructuras presentes en el esquema comentado.

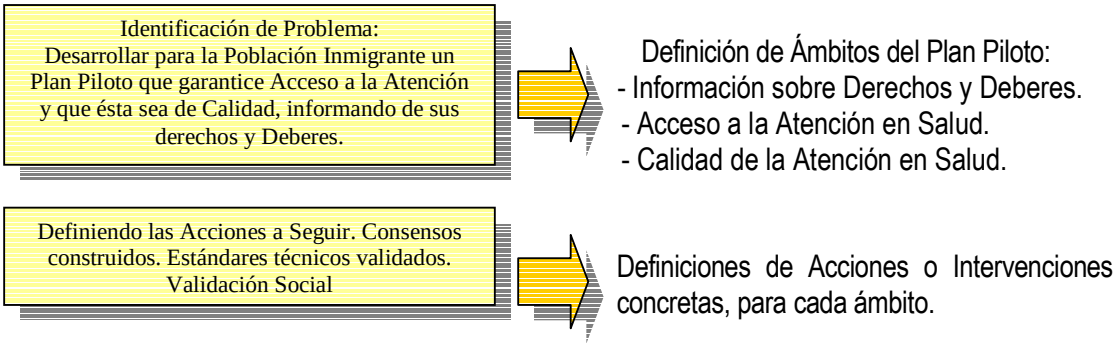
Si se parte de la base que la Planificación en Salud Pública cuenta con elementos claves sobre los cuales construirse, es que desde sus diferentes disciplinas (como por ej. La Epidemiología) podemos encontrar guías u ordenamientos sobre los cuales se estructuran respuestas a los diferentes problemas de Salud que posee una comunidad, tal y como muestra el siguiente diagrama:



El plan piloto propiamente tal, se podría esquematizar de la siguiente manera:

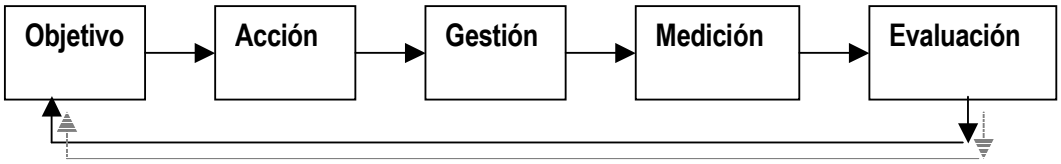


En el diagrama anterior, los elementos a la izquierda en amarillo señalan los productos esperados en el ámbito del diseño el plan piloto, puntualmente, lo que se busca es resolver los siguientes aspectos:



En el mismo diagrama, los elementos a la derecha (cuadros celestes) serán los sustentadores del proceso analítico del presente plan, y constituyen las respuestas a las preguntas que se plantean en el diseño y eventual implementación del mismo.

Para el diseño y propuesta de acciones en el plan piloto, se ha seguido la siguiente secuencia lógica:



Como forma de contextualizar el Plan Piloto en Salud para Inmigrantes en la zona norte de Santiago, se propone tener como referente lo que la *Junta de Salud de Andalucía* en conjunto con la *Escuela Andaluza de Salud Pública* definen como **Gestión de los Procesos Asistenciales,** que ellos le han adjetivado el apelativo de Integrados[34]:

- ***Proceso Asistencial****: Conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnosticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de Salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.)*

- ***Gestión de Procesos****: Implica "reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del usuario y a facilitar la tarea de los profesionales".*

- *Elementos del Proceso Asistencial:*
  - ***Misión*** *(qué, para qué, para quién)*
  - ***Fronteras*** *delimitadas, con entradas y salidas concretas.*
  - ***Etapas*** *claramente integrables*
  - ***Medición*** *(cantidad, calidad y coste)*

Es así que lo relevante se viene a constituir en la construcción de estos "*Procesos Asistenciales*", dentro de una organización que en un marco de Reforma del sector, debe "integrarse" en la tan mentada Red, lo cual de por si ya implica una mirada *complementaria.* Esto porque se parte conceptualmente de una Red Asistencial que es la encargada con sus diferentes integrantes (Hospitales o Centros de Salud) de llevar a cabo *estas actividades que tienen por finalidad incrementar el nivel de Salud*.

Teniendo este marco donde un Proceso Asistencial es de responsabilidad de una Red, podemos compartir la mirada planteada por Astorga (2002), donde releva para el estudio y diseño de Redes de Atención, sus siguientes variantes:

- Redes centradas en la Atención de Personas.
- Redes de Soporte.
- Modelos de Organización y Gestión de los Establecimientos.

[34] Introducción. Calidad Asistencial y Gestión por Procesos. Estrategias para la Salud Andaluza. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2001. España.

Por último, si consideramos que como *Modelo de Organización y Gestión del Establecimiento*, se parte de una organización general de los Procesos de Atención y de la Gestión Clínica, se constituye como clave el definir adecuadamente los denominados Procesos Asistenciales (Misión, Fronteras, Etapa y Medición). Esto quiere decir definir quién los realiza, y por ende cómo se gestionan, porque al hablar de un enfoque de "inmigrante" ya se imbrica indisolublemente el ***cómo gestiono***.

Para clarificar más esta temática de los Procesos, intentando operativizar cuál es el eje de este enfoque, se sigue lo que plantea Badía (2001)[35] sobre los diferentes tipos de Procesos dependiendo del nivel en donde uno se sitúe:

Procesos Estratégicos o de Gestión	Procesos Operativos o Claves	Procesos de Apoyo o Soporte
Necesarios para el mantenimiento y progreso de la Organización	Tienen relación directa con los usuarios, tienen claro impacto sobre su satisfacción	Apoyan a los procesos operativos para que se cumplan
Plan estratégico Encuestas de Satisfacción Planes de Calidad Planes de Investigación Autoevaluación	Proceso Clínico Asistencial	Gestión de pacientes Farmacia Hotelería

Si la propuesta que este estudio intenta desarrollar la encontramos en el nivel de ***Proceso Estratégico de* Gestión,** queda claro que refiere a una mirada macro y donde lo que prima es el desarrollo global de la Organización y no un proceso tipo o una instancia particular, sino el equilibrio que como "*organizaciones en Red*" deben contemplar.

En el marco de "*gestión moderna*" que interesa desarrollar en el Plan Piloto, se aborda desde una perspectiva de orientación hacia el *presente*, ya que si bien la planificación y el diseño organizativo son parte constituyente del denominado enfoque de Inmigrante, este nivel se demarca más en una *toma de decisiones, dirección y organización* propiamente tal, ya que debiera ser insumo para la *preparación al futuro*, por ejemplo visto en los escenarios internacionales.

Al hablar de elementos de la **Planificación Sanitaria** según Gómez, Aibar y Rabanaque en Piédrola Gil[36] y que determinan un proceso estratégico, no hay que olvidar que se caracterizan por:

- Ser aplicable a cualquier actividad en que los individuos se enfrentan con la necesidad de tomar decisiones sobre cuestiones que pueden resolverse de diversas formas (elección de técnicas) o de escoger entre objetivos diferentes entre sí (selección de prioridades). Cuando este proceso es realizado por un solo individuo, equivale a lo que suele denominarse comportamiento racional; cuando tal racionalidad es pretendida por grupos o colectividades se habla de planificación social.

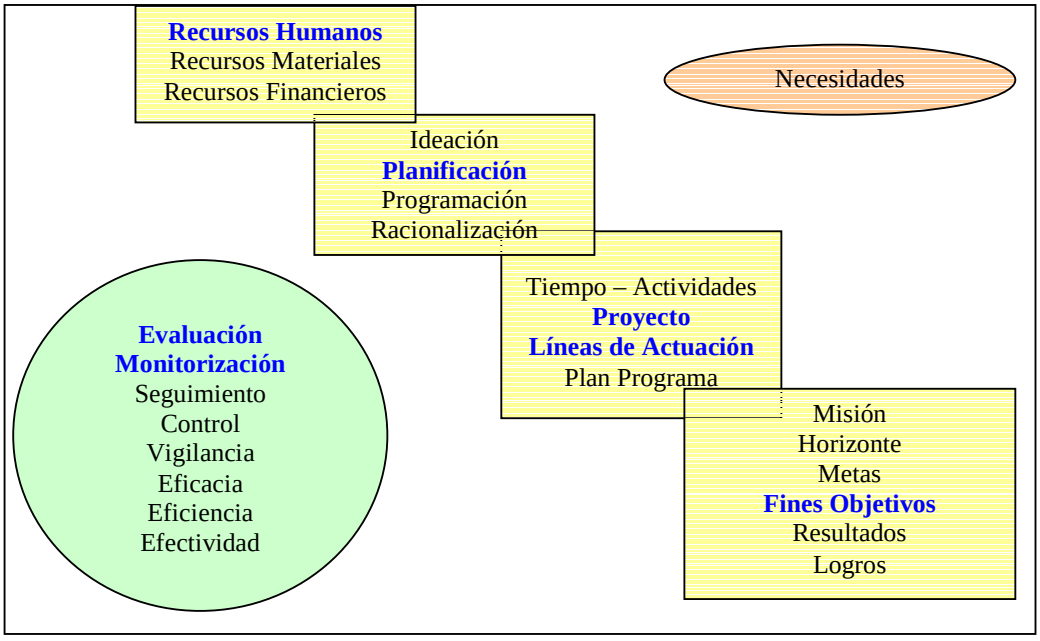
[35] Introducción. Calidad Asistencial y Gestión por Procesos. Estrategias para la Salud Andaluza. Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales. Publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2001. España.

[36] "La Planificación en Salud Pública", Cáp. 86, Pág. 1040; Piédrola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública. 10° Edición. Editorial Masson. España. 2001.

- Su carácter dinámico, dada la necesidad de ir adaptándose a situaciones cambiantes y factores no previstos inicialmente.
- Estar notablemente influida por el contexto social y político en que se desarrolla.

Contemplando desde esta óptica se destaca que los elementos que determinen la propuesta de diseño del Plan Piloto no se puede ver desligado del ***contexto social y político***, y que aún más teniendo culturas organizacionales marcadas como son las de los Centros de Salud o de los Hospitales cobra más sentido el darle incluso el apellido de **social** a un proceso de estas características.

A continuación se describen algunos elementos determinantes de un proceso de carácter estratégico, por lo cual se relevan en azul, sólo los que inciden en una propuesta de Plan Piloto con **Enfoque de Inmigrante**[37]:



Queda en evidencia la complejidad que atañe incluso el desarrollar procesos de gestión debidamente validados. Esto en sí consideraría que la organización propiamente tal debiera ser consecuencia de un proceso de planificación serio o por lo menos debidamente reflexionado. Tal situación no ocurre normalmente en el contexto chileno, ya que el crecimiento de las organizaciones en general se condiciona por esfuerzos locales, requerimientos sociales y políticos o criterios económicos basados en la contingencia.

En síntesis, se han expuesto las bases sobre las que se sustenta el diseño de un Plan Sanitario serio, y en particular, las bases sobre las que se ha diseñado el presente Plan Piloto. Estos criterios, no se exponen como lineamientos rígidos, sino como conceptos básicos que se constituyen en lenguaje común de los actores de la Red Asistencial llamados a realizar los Procesos Asistenciales y que para su éxito deben armonizarse e integrarse, y además, tener presentes el marco jurídico, social y técnico que contextualiza cualquier intervención.

[37] Idem.

5 PROPUESTA DE CARTERA DE SERVICIOS DEL PLAN PILOTO

5.1 Definiciones Básicas

Entenderemos por plan piloto en salud, un conjunto de propuestas articuladas y específicas para la población inmigrante, que permitan garantizar su acceso a la atención integral en salud, y que contribuya a un horizonte de mediano y largo plazo a una plena integración del inmigrante en el conjunto de las normas, programas y políticas en salud, favoreciendo así la equidad en el acceso y atención en salud, en un marco de respeto a la legislación internacional y nacional vinculados con los inmigrantes y el respeto a los derechos humanos.

Se entiende por atención integral en salud "…la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"[38]

De esto se desprende primordialmente la idea de **proponer** un **plan piloto** que en definitiva contribuya a una **plena integración del inmigrante,** esto como forma de favorecer el marco valórico de la Equidad en Salud y los Derechos Humanos.

5.2 Criterios Orientadores del Plan Piloto

El plan piloto contempla algunos principios y consideraciones clave en su diseño y desarrollo, estos criterios básicos son:

- ✓ Enfrentar el tema de la atención en salud de los inmigrantes debe ser política de Gobierno, y para ello, debe haber una **decisión política explícita y precisa** que de cuenta de la voluntad de abordar y brindar las garantías y condiciones necesarias para garantizar el acceso a la atención en salud de dicha población.

- ✓ Cualquier intervención en salud debe regirse por el criterio de **adecuación permanente de la oferta sanitaria** a la realidad y necesidades de la población en materia de salud pública.

- ✓ Asimismo, debe tenerse presente en todo momento la necesidad de mantener una **vigilancia epidemiológica permanente**.

- ✓ Si bien, la atención en salud debe ser considerada como una sola, tanto para chilenos como para la población inmigrante, hay que destacar las particularidades que pudiera tener la realidad cultural, social y económica de la población inmigrante, y específicamente de los inmigrantes que residen en la zona norte de la Región Metropolitana. Por ello, el plan piloto tiene un **carácter localista**, pues responde a dicha realidad.

[38] Ministerio de Salud" Plan de Salud 1996, Componente Programático" citado en: Colegio Médico de Chile, "Cuadernos Médico Sociales", marzo 2007, vol 47, nº1, página 8.

- ✓ Se debe tener presente que las **patologías de los inmigrantes**, pueden ser diferentes a las patologías de la población nacional, así como la manera de **percibir y enfrentar cada enfermedad**.

- ✓ Por otro lado, cabe considerar las **similitudes entre la población chilena e inmigrante**, en cuanto al acceso a los servicios públicos de salud. Por ejemplo, la calidad de la atención, los tiempos de espera para pedir hora y para ser atendido, entre otros.

- ✓ Como criterios generales mínimos, el plan piloto debe contar con una **mirada intersectorial, integral, focalizado en atención primaria** –como puerta de entrada al sistema público de atención en salud- y considerando el contexto de **interculturalidad.**

- ✓ Respecto a lo señalado en el punto anterior :
  - **Trabajo intersectorial:** se refiere a que cualquier intervención debe realizarse desde una perspectiva y trabajo intersectorial, para complementar el trabajo de diferentes sectores (educación, salud, vivienda, seguridad social, registro e identificación, extranjería, seguridad ciudadana, entre otros), y así permitir un abordaje integral del fenómeno.
  - **Enfoque de atención Integral:** el plan piloto debe contar con una visión de integralidad en la atención de salud y que incluya la prevención, promoción, asistencia, recuperación y rehabilitación.
  - **Focalización en Atención Primaria:** el plan piloto debe focalizar sus esfuerzos en los centros de atención primaria, ya que al ser el primer nivel de atención es donde primero acuden los usuarios, donde además se establece una relación más permanente con el sistema, y donde se pueden desarrollar de mejor manera las actividades de promoción y prevención en salud.
  - **Contexto de interculturalidad:** cabe tener presente en el desarrollo del plan piloto, que cualquier intervención ha de tener un enfoque intercultural y localista, que atienda las particularidades de los inmigrantes que residen en la zona norte de la Región Metropolitana.

5.3 Ventajas de implementar un Plan Piloto en SSMN

Considerando que el Plan Piloto es intersectorial, y por ende requiere del esfuerzo y compromiso de diversos actores involucrados, y que además demanda de una voluntad política clara, es que dicho Piloto se circunscribe a un ámbito espacial acotado. A continuación se señalan una serie de ventajas que permitirían fomentar el interés y compromiso con una intervención de esta naturaleza.

En particular, la generación e implementación de un Plan Piloto en Salud para la Población Inmigrante residente en la zona norte de Santiago permitiría, entre otras cosas:

- ✓ Dar cumplimiento a las garantías que Chile se ha comprometido a brindar, a través de la firma y ratificación de **Convenios y Tratados Internacionales** en materia de derechos humanos.

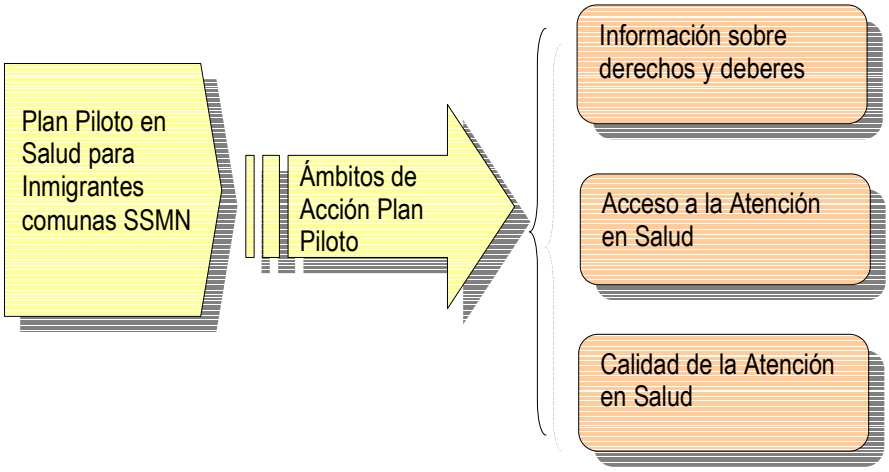
- ✓ Realizar un seguimiento o **vigilancia y control epidemiológico**, y en particular, monitorear las posibles enfermedades transportadas por la población inmigrante.

- ✓ **Promover y garantizar la atención integral en salud**. Con ello, es posible manejar de manera oportuna el estado de salud de la población, tener una población más saludable y con ello productiva, lo que deriva en mejores indicadores de salud, positivo impacto en productividad e indicadores económicos, entre otros.

- ✓ Promover la **integración de diversos sectores de la sociedad**, en particular, promover y dar las condiciones propicias para permitir la plena integración de los inmigrantes en Chile en el ámbito laboral, social, educacional, cultural, económico y legal. Ya que se prevé:
  - Que la demanda por venir a Chile, va a mantenerse o crecer.
  - Que las enfermedades transportadas (ejemplo TBC) pueden tener un impacto no sólo en la salud de los inmigrantes sino también en la población chilena.
  - Que el bajo acceso a los centros de atención y la sobrecarga laboral de los inmigrantes, puede provocar un empeoramiento del estado de salud de los inmigrantes y sus familias (Determinantes Sociales de la Salud), y su consecuente impacto en la productividad y economía nacional.

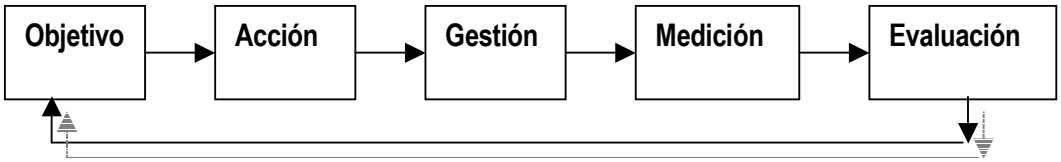
5.4 Ámbitos de Acción del Plan Piloto

Desde el marco conceptual y los criterios básicos señalados, así como desde los resultados e información obtenida en los diversos módulos del estudio, el Plan Piloto propuesto trabajará en tres ámbitos o líneas de acción centrales:
- Información sobre derechos y deberes
- Acceso a la Atención en Salud
- Calidad de la Atención en Salud



Una vez determinados estos ámbitos, se han definido un conjunto de acciones a seguir bajo el concepto de ***Cartera de Servicios***, las que se traducen en actividades concretas que permitan dar cuenta de cada uno de estos ámbitos cumpliendo los objetivos propuestos para cada uno de ellos:

Luego, se plantea el Objetivo del Plan y sus consecuentes procesos lógicos, ya señalados en el marco de referencia del presente documento.



Específicamente, para cada uno de los ámbitos de acción definidos, se ha trabajado sobre las siguientes dimensiones básicas que estructuran el plan piloto, éstas son:

1. Población Objetivo. ¿Quiénes serán los "beneficiarios" o población objetivo?
2. Objetivos. ¿qué se busca en este ámbito?
3. Acciones o intervenciones. ¿Qué acciones o intervenciones se realizarán en cada ámbito?
4. Resultados esperados. ¿Qué indicadores de éxito se pueden establecer para evaluar el impacto de las intervenciones o acciones propuestas?
5. Actores involucrados y rol de cada uno. ¿Quiénes estarán involucrados y de qué manera participa cada uno en las acciones propuestas en cada ámbito?
6. Viabilidad de Realización a nivel global. ¿El plan piloto propuesto actúa es factible de llevar a la práctica? ¿cuáles son los posibles factores facilitadores y dificultades que encontraría en su implementación?

A continuación se detallan las propuestas concretas en cada uno de los ámbitos de acción que componen el Plan Piloto. Estas acciones han de ser llevadas a cabo por una coordinación concreta establecida para dicho Plan Piloto.

5.4.1 Ámbito 1: Información de Derechos y Deberes

1. Consideraciones generales

Se debe considerar que aunque se elabore un plan comunicacional para difundir derechos y deberes de la población inmigrantes, es posible que por razones culturales ésta igual no acuda a los centros de atención, porque particularmente para una parte de la población peruana –que son los inmigrantes que mayoritariamente residen en las comunas de la zona norte de Santiago- no existe la cultura o el hábito de asistir a los centros de atención. Por lo anterior, la sola difusión es insuficiente y no basta, sino que es necesaria la captación, es decir, acudir a los inmigrantes y llevar la información hasta los lugares donde ellos se reúnen, para motivarlos a que concurran a los centros de atención, se inscriban y luego se atiendan.

En este contexto, es conveniente difundir los contenidos de los Tratados, Convenios que Chile ha firmado y ratificado, pero muy especialmente el último ordinario del Ministerio de Salud emitido en junio de 2008, en que se estipulan los servicios de atención en salud, a los cuales pueden acceder los inmigrantes no regulares[39].

Cabe tener presente que es probable que una vez que una persona inmigrante accede a la atención en salud, a bajo o nulo costo, se potencia la posibilidad de que fortalezca su relación con el centro de salud, y con ello, que se refuerce la opción de controlarse periódica y oportunamente y por lo tanto se mantenga en dicho proceso.

Aún cuando las actividades de difusión de información sean eficaces, no son suficientes para integrar plenamente a las personas al sistema de atención en salud, ya que también se requiere mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud.

2. Población Objetivo.

Inmigrantes residentes en comunas del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) regulares y no regulares.

3. Objetivos o impacto que se busca.

- Inmigrantes informados sobre sus derechos y deberes en materia de regularización de situación legal, seguridad social y cotizaciones para acceso al sistema público de salud, y finalmente sobre las formas de acceso a la atención en salud.
- Desarrollo y operación de un sistema de difusión del Plan Piloto desde la coordinación.

[39] Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 11 de junio de 2008 en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_inmigrante/Ordinario_sobre_inmigrantes_No_3229_del_110608.pdf

4. Acciones o intervenciones.

a) **Actividad 1: Sistematización de información pertinente** para difundir en esta fase. Este trabajo debe ser realizado por los diversos sectores involucrados en garantizar el acceso a la atención en salud de la población inmigrante (FONASA, MINSAL, Ministerio de Interior, Dirección del Trabajo, Consulados, entre otros) a objeto de contener información precisa sobre los siguientes ámbitos:
   - Regularización de situación legal: indicando pasos a seguir para regularizar la situación en Chile, así como lugares y contextos donde acceder a mayor información detallada.
   - Seguridad social, cotizaciones y acceso al sistema público de salud: informando sobre las condiciones mínimas a cumplir para acceder al sistema público de salud (por ejemplo, cotización en FONASA, seguros de salud, modalidades de cotización, entre otros).
   - Formas de acceso a la atención en salud: indicar las distintas alternativas de acceso a la atención en salud diferenciando entre población regular y no regular (este último sólo atención para mujeres embarazadas, atención de urgencia, y niños(as) menores de 6 años). También cabe aclarar los requisitos para acceder finalmente a la atención en el sistema público de salud, específicamente la necesidad de cotización en FONASA o ISAPRES, la inscripción en consultorios, entre otros.

b) **Actividad 2:** Una vez sistematizada dicha información, se deben **generar los soportes necesarios para su difusión masiva**, en particular, se recomiendan:
   - Folletos con textos claros y muy precisos, que contengan sistematizada la información clave, así como los lugares y contactos para acceder a información más detallada.
   - También resultarán provechosos soportes como breves reportajes periodísticos en programas radiales peruanos difundidos en diversas radios en Chile.
   - Diseñar y mantener una web del Programa, con una plataforma que permita incluso operar partes del programa como la inscripción o empadronamiento, sistema de reclamos y sugerencias, etc.

c) **Actividad 3: Capacitación y sensibilización y seguimiento a actores involucrados:** Los actores clave en el proceso de captación de beneficiarios y difusión del programa son:
   - personal de salud y administrativo y psicosocial de los centros de atención,
   - las Asistentes Comunitarias[40],
   - las ONGs u organizaciones de la sociedad civil que trabajan con población inmigrante,
   - los grupos, clubes o asociaciones de Inmigrantes que funcionen en la zona norte de Santiago.

   En esta etapa, resulta clave poder generar las instancias requeridas para permitir una interfaz entre el personal de los centros de atención, específicamente el personal de salud, administrativo y psicosocial de los centros, con las asistentes comunitarias. Este espacio interactivo debe regular, promover y monitorear la "coordinación del programa" en el SSMN, ya que es el eje de las acciones en cuanto a acceso, pues implica el programa de las asistentes comunitarias, realizar cambios al modelo de atención, y ciertamente un rol activo en la difusión y capacitación del personal de salud.

[40] Para conocer en detalle sobre el Proyecto de Asistentes Comunitarias en el SSMN, ver punto 7.4.1.2 letra d).

La fase de difusión del programa debe ir acompañada previamente, de la **sensibilización y capacitación de los actores involucrados en dicha etapa**. Distinguiendo el tipo de información y la modalidad de entrega que se realizará con cada segmento, a saber:

i) Personal de los centros de Atención: Cualquier intervención en salud ha de considerar necesariamente al personal médico, administrativo y psicosocial de los centros de atención de salud. Por ello, resulta necesario incorporar a los equipos de la red asistencial y sensibilizarlos sobre la realidad de los inmigrantes residentes en la zona, la implementación del plan piloto, y las demandas de entrega de una atención de calidad a todos los usuarios de la red.

Resulta fundamental además que los funcionarios conozcan el plan piloto y sus alcances, y que se conecte su trabajo con la labor de las asistentes comunitarias, pues éstas resultan ser una prolongación de los equipos de salud en terreno, y un complemento a la tarea de los funcionarios de la red de salud.

ii) Asistentes Comunitarias, ONGs que trabajan con inmigrantes y Agrupaciones de Inmigrantes: Resulta necesaria una contextualización sobre el desarrollo e implementación del plan piloto, una motivación y reconocimiento del rol y aporte de las agrupaciones y las asistentes comunitarias, así como de las formas de entrega de información y los contenidos básicos a difundir a la población inmigrante.

La adecuada sensibilización y capacitación de los actores involucrados en la difusión de información directa y cara a cara (asistentes comunitarias, ONGs, y agrupaciones u organizaciones de inmigrantes, entre otros) resulta fundamental e imprescindible para lograr que la información se transmita de manera adecuada, sin distorsiones y de la manera más sencilla y efectiva posible. Los soportes gráficos y radiales serán un apoyo de la labor cara a cara que han de realizarse en las instancias señaladas.

Para trascender la etapa de sensibilización y capacitación debiera trazarse entre estos actores un camino común asociado al seguimiento del programa. Esto permitiría la formación de una red social clave para el funcionamiento del programa bajo la acción de difusión.

d) **Actividad 4:** Una vez generados los soportes e informado y capacitado el personal de los centros de atención, y preparadas las asistentes comunitarias y las organizaciones de la sociedad civil, se recomienda que la **difusión de la información a población inmigrante** se realice boca a boca principalmente a través de los siguientes canales:
   - **las Asistentes Comunitarias**
   - **las ONGs o agrupaciones que trabajan con población inmigrante**
   - **Grupos, clubes o asociaciones de Inmigrantes que funcionen en la zona norte de Santiago.**

   Esta fase ha de estar focalizada en población inmigrante que reside en la zona norte de la Región Metropolitana, por ello, las **Asistentes Comunitarias así como las ONGs y organizaciones de inmigrantes** son un canal idóneo, que tienen un contacto directo y fluido con la población objetivo, que son conocidas y cuentan con la confianza y credibilidad de la población inmigrante, y que por lo mismo, facilitan el acceso final a dicha población.

Algunos de los entrevistados plantearon el desarrollo de "políticas de espacio local", donde la información sea la clave, para ello se propone seguir un símil del **Proyecto de las Asistentes Comunitarias de Salud**. Dicho proyecto se enmarca dentro de un convenio entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Fundación para la Superación de la Pobreza. Se busca por un lado, articular un servicio comunitario que sea una forma de inducción al trabajo formal e imprima un empuje a la superación de la exclusión social, y que a la vez, ofrezca una respuesta a problemas de salud públicos en donde la participación de la comunidad juegue un rol esencial[41].

En la zona norte de la Región Metropolitana, el presente estudio constató la existencia de diversas organizaciones y agrupaciones que trabajan de manera directa con población inmigrante[42], y que pudiesen resultar clave en la etapa de implementación del plan piloto, y en particular, en la fase de difusión de información sobre derechos y deberes y captación de beneficiarios del programa.

Si se plantea que el **fortalecimiento de la población inmigrante** pasa por un adecuado conocimiento de sus deberes y derechos, se puede aspirar a desarrollar un proceso que integre el espacio comunitario y familiar, a través de las Asistentes Comunitarias y las Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan y/o se componen de población inmigrante, con la red asistencial formal, y eventualmente con otros escenarios que faciliten la inserción de los inmigrantes.

Como objetivos se pueden cumplir dos vertientes, a saber:

- Una de ellas dice relación con **generar agentes comunitarios** que sean pares y que permitan una comunicación más fluida y dinámica con la propia población[43]. Sumando a esto la generación de servicios de apoyo a sus pares, entregando material y desarrollando actividades educativas, de difusión y de captación de nuevos beneficiarios.
- Este proyecto ha desarrollado una **capacitación continua** a las Asistentes Comunitarias en variados aspectos: Habilitación Laboral, Derechos Laborales y Humanos, Características del Desarrollo del Adulto Mayor, Salud (Enfermedades Crónicas, Administración de Medicamentos, Cuidados del Adulto Mayor, Autocuidado) y Asociatividad. Emprendimiento. Es evidente que estos contenidos pueden ser potenciados y desarrollados de acuerdo a las necesidades que se han evidenciado en el presente estudio. Es así que se evalúa una pertinencia mayor en aspectos como:
    - Funcionamiento del Sistema Público de Salud.
    - Aspectos Claves de la Seguridad Social
    - Legislación y Tramitación para regularizar la situación migratoria.
    - Articulación de los Colectivos, ONGs, Sociedad Civil y Agrupaciones de Inmigrantes.
    - Habilidades de comunicación efectiva (asertividad, empatía, escucha activa)

El trabajo con las organizaciones y agrupaciones que trabajan con población inmigrante, así como las mismas asociaciones o clubes de inmigrantes en Chile, ha de seguir una lógica similar, en el

[41] Documento de Trabajo del Proyecto de las Asistentes Comunitarias de Salud. Directora del Proyecto Srta. Fanny Berlagoscky. Jefa de Unidad de Proyectos SSMN. 2008.

[42] Como por ejemplo, la Vicaria de la Pastoral Social Zona Norte, la Cruz Roja sede Zona Norte y el Colectivo Sin Fronteras.

[43] Que como se plantea en el documento citado, propende a la empleabilidad de personas desocupadas de escasos recursos, segundos perceptores de ingresos, a través de su contratación transitoria para la prestación servicios de calidad en el área de Salud.

sentido de realizar una fase de convocatoria e información a las agrupaciones sobre la importancia de su participación en la difusión de información del plan piloto, y su rol clave al actuar como interfaz entre los inmigrantes y la red asistencial formal.

e) **Actividad 5:** Una vez implementado el programa y las acciones enumeradas de captación y difusión, se debe realizar un esfuerzo comunicacional adicional para estimular positivamente la acción de tanto de las asistentes comunitarias, como de otros actores claves. Para ello se sugieren buscar la **publicación de reportajes, crónicas o testimonios en medios escritos, de radio y televisión** de esta experiencia. Lo anterior permitirá realizar un reconocimiento público de la participación de los diferentes actores involucrados en la implementación del Plan Piloto, y con ello se facilitaría la permanencia del plan piloto en el mediano plazo. [0]
[0]
[0]

5. Resultados Esperados

El resultado esperado es contar con inmigrantes informados sobre sus derechos y deberes en materia de regularización de situación legal, seguridad social y cotizaciones para acceso al sistema público de salud, y finalmente sobre las formas de acceso a la atención en salud. Junto a ello, implementar un sistema de difusión del Plan Piloto desde la unidad de coordinación.

Para evaluar el impacto de las acciones realizadas en el marco de la difusión de información, se sugieren los siguientes indicadores:

a) **Encuesta periódica a inmigrantes sobre fuentes y niveles de información**: medición periódica que permita dar cuenta de las fuentes utilizadas para acceder a información en la materia y los niveles de información de los inmigrantes residentes en la zona norte de Santiago sobre sus derechos y deberes en aspectos clave definidos como objetivos de la fase de difusión del plan pilo, en particular: regularización de situación legal, seguridad social y cotizaciones para acceso al sistema público de salud, y finalmente formas de acceso a la atención en salud. Importante en ese sentido, resulta tener una medición de línea base, antes de comenzar la fase de ejecución del plan piloto. Se podrían también sistematizar mensualmente las consultas y sugerencias publicadas en la web o enviadas por e-mail al programa.
b) **N° de inscritos en centros de atención primaria de las comunas del SSMN**: en particular se sugiere monitorear de manera periódica, el número de inscritos en los centros de atención del SSMN, con prioridad en los centros de las comunas de Independencia y Recoleta, donde se asientan en mayor medida los inmigrantes.
c) **N° de atenciones entregadas**: este indicador permite conocer y cuantificar el acceso real a la atención en salud de la población inmigrante.
d) **Tasa de regularización de inmigrantes**: dado que la situación de regularidad es condición necesaria para acceder a una serie de servicios y beneficios sociales, es importante conocer y monitorear la tasa de regularización o el número de regularizaciones efectivas realizadas.

5. Actores Involucrados y Rol

La fase de difusión de información sobre derechos y deberes, es la etapa de implementación del plan piloto que debe convocar y reunir a la mayor cantidad de actores disponibles e involucrados.

Se tornan como requisitos imprescindibles que en una primera etapa de sistematización y definición de los contenidos a difundir, se incluyan al menos los siguientes sectores y actores clave:

- Ministerio de Salud
- FONASA
- Departamento de Extranjería, Ministerio de Interior
- Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)
- Municipalidades de comunas del SSMN, en particular, las Direcciones Comunales de Salud y Educación y Desarrollo Comunitario.
- Entre otros.

Dichas entidades deben reunirse una vez tomada la decisión política de implementar el Plan Piloto, generar una instancia de coordinación entre ellos, y tomar las decisiones e implementar las actividades propuestas.

En la fase de difusión propiamente tal, resulta clave contar con la colaboración y trabajo de:

- Funcionarios de la red asistencial (personal no médico y médico)
- Asistentes comunitarias en Salud, del SSMN
- Personal municipal de las direcciones comunales de Salud, Educación y Desarrollo Comunitario
- Organizaciones de la Sociedad civil que trabajen con población Inmigrante de la zona norte de Santiago
- Agrupaciones y clubes de inmigrantes existentes en la zona norte de Santiago.
-

5.4.2 Ámbito 2: Acceso a la Atención en Salud

1. Consideraciones Generales

Entenderemos por accesibilidad a "la facilidad con que el usuario externo obtiene los servicios que le ofrece el Sistema de Salud"[44] Ello supone que el Sistema de Salud ha sido capaz de eliminar las barreras organizacionales, geográficas, económicas, culturales y otras que puedan impedir o limitar el acceso de la población a los servicios de salud que necesitan y esperan.

Las acciones de salud concretas que propone el Plan Piloto en este ámbito, son básicamente las contenidas en los planes y programas del Ministerio de Salud, que a nivel primario se ejecutan en los Consultorios y Centros de Salud, a lo que se deben agregar la atención de las patologías del Plan AUGE, actualmente vigentes y que se entregan en todos los establecimientos que integran el sistema de atención, de acuerdo a los protocolos específicos.

Para llevar cabo las acciones que permitan facilitar y garantizar el acceso a la atención en salud de los inmigrantes residentes en las comunas del SSMN, resulta fundamental y necesario implementar previamente una fase de **difusión y captación de inmigrantes en la zona**, es decir, informarlos sobre sus derechos y deberes en salud, y acudir a los lugares donde se reúnen o residen para informarlos y motivarlos a que concurran a los centros, para que se inscriban y luego se atiendan.

Por otra parte, es importante señalar que para que tenga éxito la propuesta de plan piloto, éste debe **instalarse para su implementación en el CESFAM** y dotarlo de todos los recursos que el reglamento o la disposición para su funcionamiento indican.

Asimismo, el proceso debe ir acompañado de la entrega de condiciones para que los inmigrantes puedan finalmente acceder al sistema público de salud, en particular, para los inmigrantes regulares que trabajan debe procurarse su afiliación a FONASA, y en aquellos casos donde los ingresos lo permitan y ellos lo deseen, a alguna ISAPRE. Para aquellos que no trabajan o perciben ingresos por debajo de lo que establece la ley, debe procurarse que sean afiliados por FONASA en la categoría A.

Un aspecto relevante, es que en el Plan Piloto, y específicamente en el ámbito de acceso a la atención, los inmigrantes **no deben tener una identificación de beneficiarios distinta** a la de los ciudadanos chilenos, de tal manera de evitar toda diferenciación y discriminación con respecto a éstos. Junto a lo anterior, la atención que reciban debe ser igual en oportunidad, efectividad, calidad y trato respetuoso, a la que recibe la población chilena.

[44] Gnecco G. (2006), "En busca de la calidad de la atención". Marco conceptual . Diploma de Gestión de Calidad en Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

2. Población Objetivo

Inmigrantes regulares y no regulares residentes en comunas del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

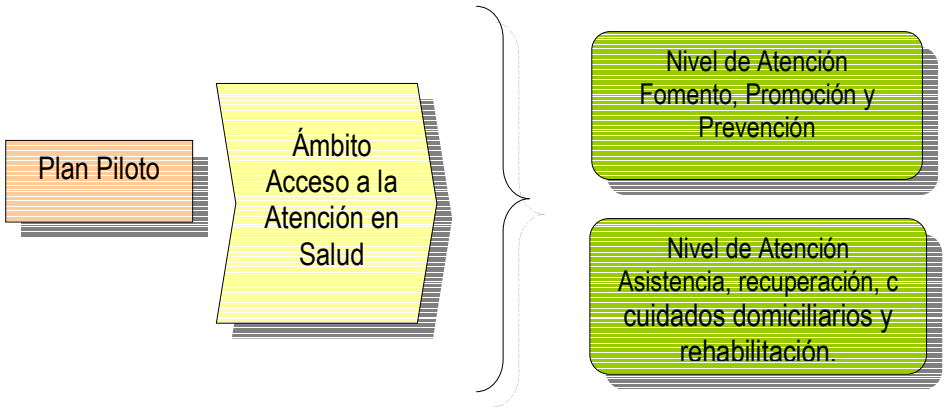
3. Objetivos o impacto que se busca.

Garantizar el derecho de los inmigrantes regulares y no regulares que residen en comunas del SSMN para acceder a una atención integral en salud en los ámbitos de prevención, promoción, fomento, recuperación, asistencia, cuidados domiciliarios y rehabilitación.

4. Acciones o intervenciones.

En cuanto a las acciones propuestas por el Plan Piloto, se identifican dos niveles de atención, a saber:

a) fomento, promoción y prevención
b) asistencia, recuperación, cuidados domiciliarios y rehabilitación



En el primer nivel de **promoción y prevención**, la distinción entre inmigrantes regulares y no regulares resulta innecesaria, pues la actual normativa ministerial permite que ambos segmentos accedan a dicho tipo de atención en salud.

Sin embargo, en el **nivel de atención asistencial**, la distinción entre inmigrantes regulares y no regulares se torna relevante, ya que, por una parte la población regular cuenta con los mismos derechos y deberes que la población chilena en lo que se refiere al acceso a la atención en salud; en cambio, de acuerdo al Ordinario Nº 3229 del Ministerio de Salud de junio de 2008, la población inmigrante no regular sólo puede acceder a la atención en la red pública de atención en salud en las siguientes tres situaciones puntuales:

1. atención de urgencia
2. encontrándose embarazada
3. siendo menor de 18 años de edad.

En los dos últimos casos, el procedimiento establecido por dicho ordinario, busca garantizar la atención a través de la regularización de la situación migratoria de dichas personas.

En caso de encontrarse en situación no regular y de no cumplir con al menos alguno de los requisitos antes señalados, no es posible para un inmigrante no regular acceder a la atención en los centros públicos de salud. En estos casos, las alternativas de los inmigrantes no regulares para acceder a la atención en salud son:

- Acceso a centros de atención que no forman parte de la red pública de centros de salud, en particular:
  - Acceso a consultas y centros de atención privados (clínicas privadas, Farmacias doctor Simi, u otros)
  - Acceso ONGs y fundaciones que brindan atención en salud, como por ejemplo la Cruz Roja.
- Mecanismos alternativos como automedicación y uso de hierbas medicinales.

En otro ámbito, cabe señalar que de acuerdo a la información obtenida en el estudio, las dificultades de acceso a la atención en salud de la población inmigrante son similares a las que también enfrenta la población chilena, por ejemplo respecto a los acotados horarios de atención de los centros de atención primaria, los tiempos de espera para conseguir una hora y para ser atendidos, entre otros. Por ello, cualquier intervención en esta materia, tendrá también un efecto positivo en los niveles de acceso a la atención en salud de la población en su conjunto.

A continuación se detallan algunas acciones posibles de implementar en este ámbito que favorezca el acceso de la población inmigrante a la atención en salud:

a) Actividad 1: Labor de las Asistentes Comunitarias en Salud.

La actividad de las Asistentes Comunitarias permitiría desarrollar variadas actividades que dicen relación directa con temáticas sanitarias concretas, que por un lado permitirían mejorar los niveles de Salud, vía Promoción y Prevención, y por otra parte el acceso más pertinente y adecuado a los establecimientos asistenciales por parte de la población inmigrante.

En esta fase, resulta imprescindible **conectar a las asistentes comunitarias con los equipos de salud** de cada CESFAM, a partir de la generación de una interfaz entre el trabajo de ambos equipos, cuya coordinación debiera estar a cargo del SSMN.

b) Actividad 2: Cambios al Modelo de Atención.

En este punto se considera clave la orientación o Modelo que los Consultorios debiesen desarrollar. Puntualmente, resulta clave la transformación a un Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario de los consultorios de las comunas del SSMN y en particular, de las comunas de Independencia y Recoleta.

Como Objetivos Generales que se persiguen en esta transformación de los Centros de Salud de la APS, podemos señalar[45]:

- Proporcionar **cuidados continuos de salud**, a individuos, familias y comunidad, de una manera integral, resolutiva, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, con equipos de salud multidisciplinarios capacitados, que basan su acción en el modelo biopsicosocial con enfoque familiar para satisfacer las necesidades de los usuarios.
- Asegurar, a la población beneficiaria del CESFAM, el **derecho a recibir y demandar una atención personalizada, digna, de calidad** y con base en los principios de la bioética, para el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud Familiar y las Garantías en él explicitadas.
- Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población con una **adecuada relación oferta-demanda**.
- Lograr **articulación adecuada con la red de salud**, optimizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Lo anterior implica otorgar respuesta ambulatoria continua, integral e integrada, a las necesidades de salud de las personas y familias, cubriendo, por lo tanto, los ámbitos de fomento, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados domiciliarios. Todos ellos contemplados en el concepto del Campo de la Salud, con las determinantes sociales incluidas, donde claramente la más fuertemente referida a la población inmigrante, dice relación con una situación regular, trabajo digno y seguridad social presente. El mencionado Modelo entrega herramientas concretas para la atención integral a las familias beneficiarias donde se puede potenciar un enfoque más profundo a la condición de Inmigrante.

Como ejemplo podemos destacar la mirada Intercultural con Recursos Humanos pertinentes, con infraestructura ad-hoc, recursos financieros, fortalecimiento e integración de Redes Sociales y Sistema de Gestión de Usuarios.[46]

También se desarrollan actividades directas con la familia que permiten tener una mirada integral que supere la concepción reduccionista de "equipos de cabecera", ya que articula elementos de diagnóstico probados como el Genograma y el Apgar Familiar con miradas amplias que permiten realizar un mejor diagnóstico, por ejemplo: se recomienda metodológicamente para conocer el diagnóstico de la comunidad, desarrollar un proceso que permita clasificar y monitorear posteriormente la serie de aspectos (determinantes) que deben ser analizados, estudiados y trabajados por los equipos de profesionales y técnicos.

Puntualmente en el ejemplo: identificar aspectos demográficos de quienes reciben los servicios: distribución por edad, sexo, pueblo originario, inmigración, etc. ¿De qué se enferman y mueren?, ¿en qué trabajan?, ¿cuáles son sus tasas de natalidad?, etc. Identificar entorno Social y Ambiental en el

[45] Documentos de Trabajo Digera. Departamento de Modelo. Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL. 2006.

[46] Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Enero 2008. Departamento de Diseño y Gestión de APS, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL.

que vive la comunidad, en cuanto a calidad de la vivienda, acceso a educación, medio ambiente libre de contaminación, etc.

Esto sólo ejemplifica la labor que los diferentes equipos están desarrollando o debiesen desarrollar y que claramente tiene su correlato con la aproximación a la realidad del inmigrante, a la cual ya nos hemos referido en las etapas previas de este estudio.

Y como bien plantea Motta[47] para que una organización elabore muy bien su **Cartera de Servicios** debe tener buenas respuestas a un conjunto variado de interrogantes, como por ejemplo:

- ¿Conoce las necesidades generales y de salud de la comunidad local?
- ¿Conoce como resuelve la comunidad los problemas de salud?
- ¿Los servicios ofrecidos responden a la demanda de la población?
- ¿Existe información sobre lugar, horarios y acceso de los servicios que ofrece el centro de salud?
- ¿Existen folletos de orientación al usuario sobre el funcionamiento de los servicios?
- ¿Existe acuerdo de respeto a la carta de derechos y deberes del usuario?
- ¿Existe pertinencia cultural en los servicios? (horarios de atención adecuados a las necesidades de las comunidades, señalética culturalmente apropiada, facilitadores interculturales, etc.)
- Entre otros.

c) Actividad 3: Registro de Información.

Se sugiere que en los registros de los usuarios de los centros de salud, tanto en la atención primaria, como urgencias y hospitales, se incorporen las **variables de lugar o país de nacimiento (equivalente a la variable nacionalidad) y pertenencia a pueblos originarios,** a fin de llevar un registro claro de los usuarios en los servicios de salud, y con ello, obtener información estadística que permita realizar un análisis según la variable nacionalidad y pertenencia a pueblos originarios.

Si bien, ambas variables pueden ser incorporadas en los registros, es importante que el **personal que cumpla esta función, reciba una capacitación adecuada**, a objeto de evitar errores en el llenado de datos, omisión de información o formas poco adecuadas de consultar a los usuarios.

d) Actividad 4: Capacitación y Sensibilización de los Equipos de Salud

Se contempla dentro del modelo de atención la presencia de factores críticos para la adecuada gestión del desempeño de los equipos de Salud. Tanto en las entrevistas en profundidad como en los focus groups desarrollados en el estudio, queda clara la necesidad de contar con una interfaz crítica con los funcionarios del sistema.

Por esto, cualquier Plan Piloto que intente desarrollar los ámbitos que se están comentando, debe contemplar la **adecuada capacitación y sensibilización de los equipos de los centros de salud**, y

[47] Motta, P (2001) Desempeños en Equipos de salud Satisfacción de los usuarios: La gestión de las relaciones externas del equipo.

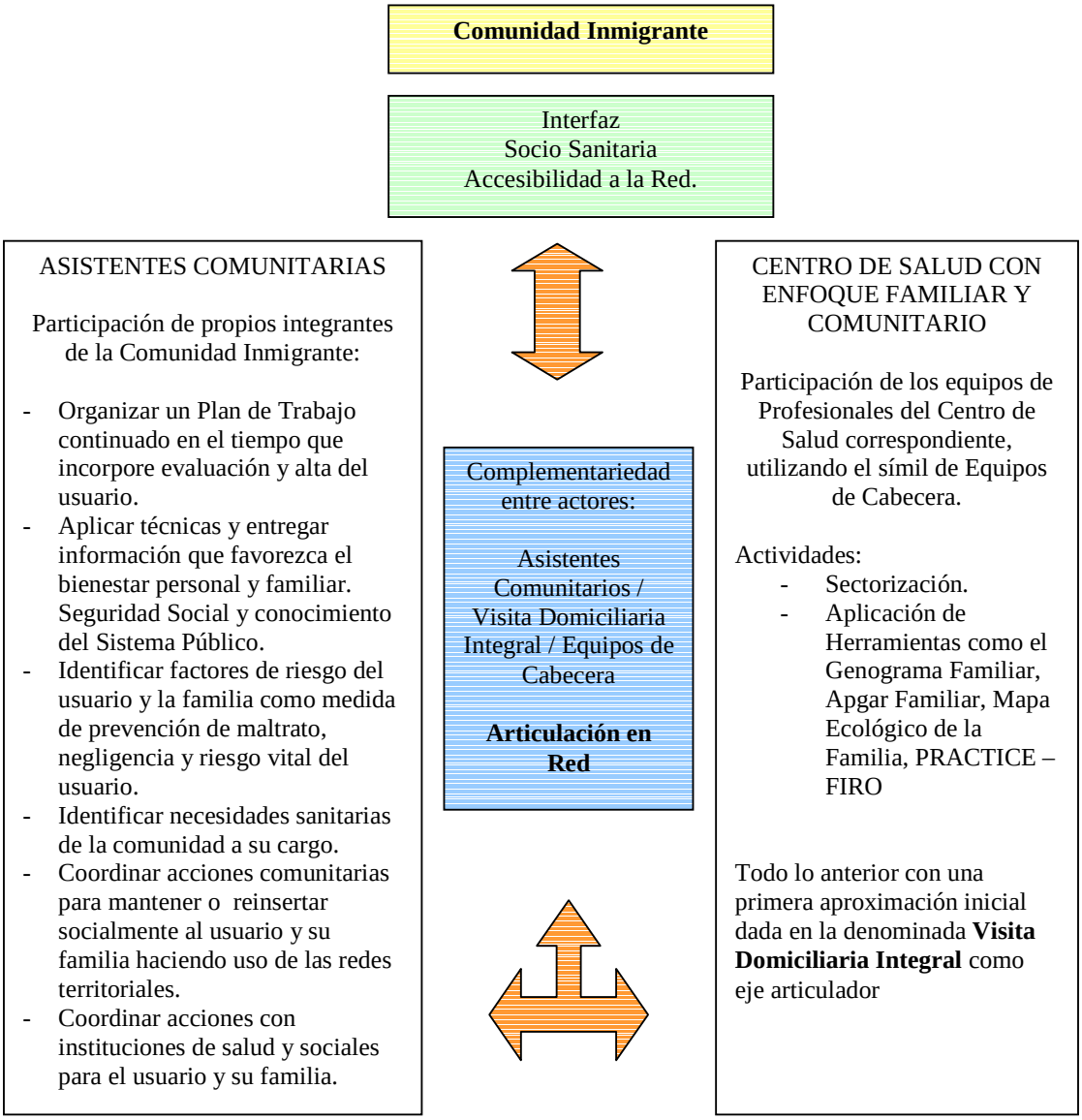
en particular del personal de salud, psicosocial y administrativo, sobre la realidad de los inmigrantes en materia social, cultural, económica entre otros, así como en el fomento de un enfoque de atención integral en salud.

Haciendo eco de lo anterior, se pueden incorporar en las sesiones de capacitación y sensibilización, aspectos señalados en los mismos documentos ministeriales, que dan cuenta del cambio de enfoque en la atención a través de los siguientes puntos[48]:

1. Una **propuesta de análisis de desempeño** para aplicar en los equipos de salud, las formas de pensar y de actuar, para comprender y mejorar la prestación de servicios.
2. **Construcción de Valores Compartidos** al interior de la organización, como elemento clave en el re-diseño de una "cultura organizacional" que posibilite la implementación de este Modelo.
3. Utilizar la **evaluación** como una acción de dar poder, fortalecer por medio de la utilización de los conceptos, técnicas y resultados para promover el mejoramiento del desempeño propio y la autodeterminación.
4. **Estructura y funcionamiento a considerar,** las estructuras deben dar soporte a la gestión de personas en el proceso de cambio de modelo. Para ello se debe intentar disminuir el aislamiento en los servicios de salud, en los programas, en los sectores, favoreciendo la integración de los trabajadores en los procesos, disminuir la excesiva costumbre, "siempre se hizo así, no hay razón para hacerlo de otro modo" y la fragmentación del trabajo en lo técnico y lo social.
5. **Proceso de gestión participativa,** el propósito de la gestión participativa es contribuir al entendimiento de las tareas diarias de forma diferente, permitiendo analizarlas, cuestionarlas en función del propósito fundamental de la organización y evaluarlas de acuerdo con las necesidades y demandas de los usuarios, buscando un compromiso personal y colectivo para mejorarlas. Considerando a las personas como sujetos activos, que buscan en su trabajo satisfacción, autorrealización, con libertad de acción para asumir responsabilidades.
   Este íltimo punto es clave en la interacción a desarrollar tanto con la comunidad (organizada o no), familias y las asistentes comunitarias por un lado y los equipos de trabajo de los centros de Salud.
6. **Aumentar en los equipos la comprensión de las actividades que desempeñan**. El reconocimiento de la utilidad y validez de sus talentos y habilidades. Mejorando el auto-conocimiento. Mirar siempre a la organización como un todo.
7. **Desarrollar prácticas organizacionales que pueden modificarse y adaptarse fácilmente a los rápidos cambios.**
8. Presencia de **Lideres ágiles y flexibles** con una orientación a la **innovación.**
9. Adecuadas herramientas para el **Manejo del Conflicto.**

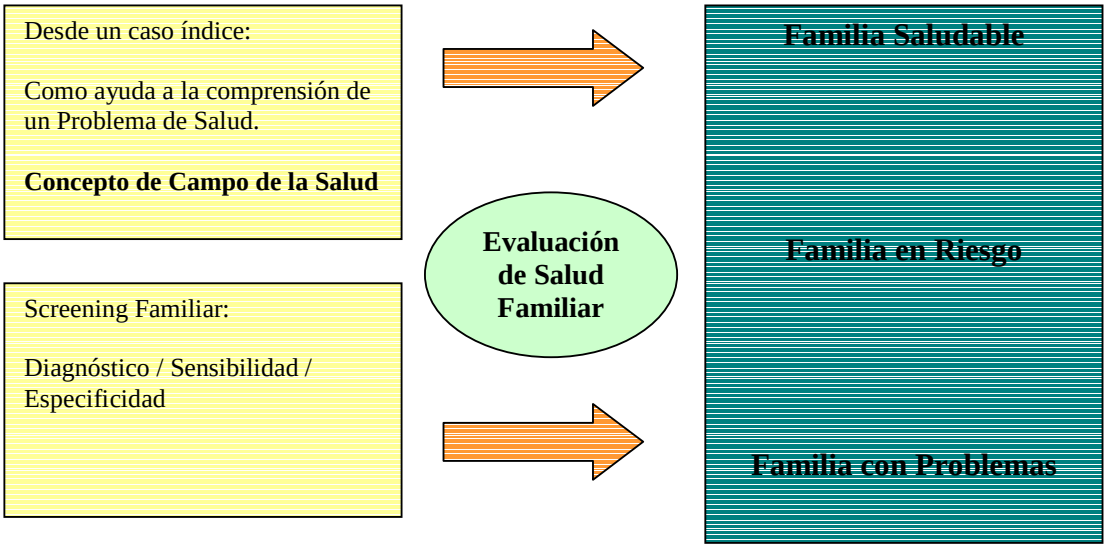
Los puntos antes mencionados, que son lineamientos estratégicos del MINSAL, es posible complementarlos con las acciones que se proponen como claves en mejorar el Acceso a la Atención de Salud por parte de la comunidad inmigrante, tal y como muestra el siguiente diagrama:

[48] Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Enero 2008. Departamento de Diseño y Gestión de APS, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL.

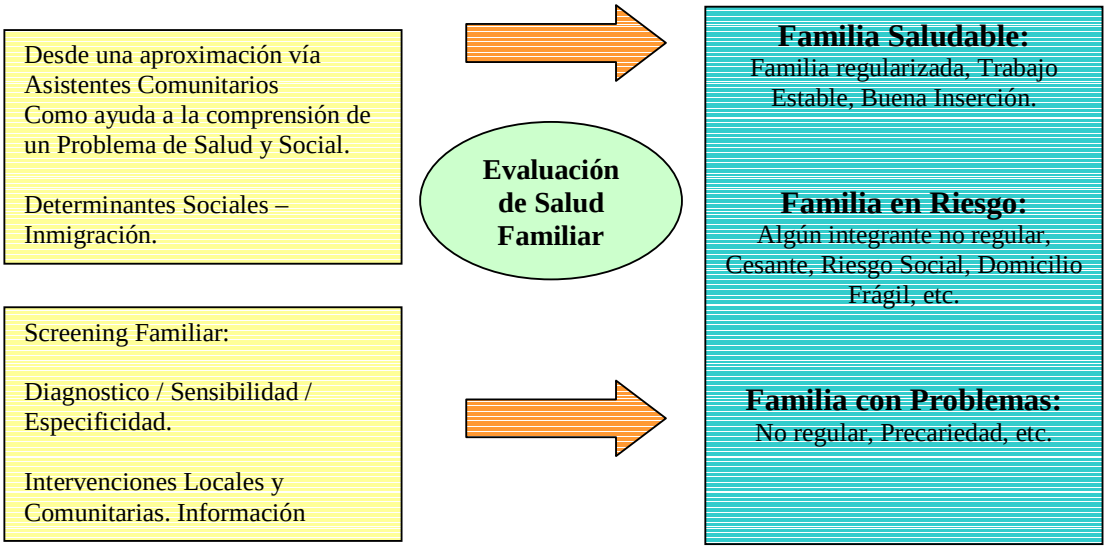


En el modelo presentado, la interfaz que es la perspectiva de intervención social que debiese desarrollar el Plan Piloto es muy congruente con el Modelo de aproximación de la Salud Familiar, que tiene sus bases más profundas en la Salud Pública:

¿Cuáles son las formas de aproximación a la Salud Familiar?:



Si lo visualizamos desde la perspectiva de este plan piloto podríamos hacer el siguiente símil:



Es así que la aproximación del Plan Piloto ocurre en el contexto de una “Evaluación de Salud Familiar”, puntualmente con un enfoque Integral con participación del equipo formal del Centro de Salud y la de las Asistentes Comunitarias.

4 Resultados Esperados

El resultado esperado en este ámbito es garantizar el derecho de los inmigrantes regulares y en lo posible no regulares que residen en comunas del SSMN para acceder a una atención integral en salud en los ámbitos de prevención, promoción, fomento, recuperación, asistencia, cuidados domiciliarios y rehabilitación.

Para evaluar el impacto de las acciones realizadas en el marco de garantizar el acceso a la atención en salud a través de un Plan Piloto, se sugieren los siguientes indicadores:

- **Encuesta CASEN módulo salud:** se recomienda realizar un análisis periódico de los indicadores evaluados en la encuesta CASEN. Esta encuesta se realiza cada tres años, por lo que permitiría realizar un análisis longitudinal con dicha estacionalidad, y así evaluar el acceso a la atención, tipos de atención recibida, entre otros, además de realizar un análisis comparado de la realidad de la población inmigrante de las comunas del SSMN con otros segmentos relevantes de la población, tanto en el mismo servicio como fuera de éste.
- **N° de inscritos en centros de atención primaria de las comunas del SSMN**: en particular se sugiere monitorear de manera periódica, el número de inscritos en los centros de atención del SSMN, con prioridad en los centros de las comunas de Independencia y Recoleta, donde se asientan en mayor medida los inmigrantes.
- **N° de atenciones entregadas**: este indicador permite conocer y cuantificar el acceso real a la atención en salud de la población inmigrante.

5. Actores Involucrados y Rol

La fase de acceso a la atención en salud debe convocar y reunir al menos los siguientes sectores y actores clave:

- Ministerio de Salud
- FONASA
- Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)
- Municipalidades de comunas del SSMN, en particular, las Direcciones Comunales de Salud y Educación.
- Direcciones de Desarrollo Comunal o DIDECOS
- Funcionarios de la red asistencial (personal no médico y médico)
- Asistentes comunitarias en Salud, del SSMN
- Entre otros.

Estos actores juegan un papel clave en la coordinación e implementación de las acciones sugeridas. Cabe señalar eso sí, que para su actuar han de existir previamente condiciones legales, normativas, presupuestarias y voluntad política para la ejecución de sus tareas.

Dado que se trata de intervenciones intersectoriales, la instalación de una **mesa de trabajo** en este ámbito puede resultar eficaz para implementar el Plan Piloto.

5.4.3 Ámbito 3: Calidad de la Atención en Salud

1. Consideraciones generales

El Ministerio de Salud en el año 1991, comenzó a utilizar el concepto de calidad de atención (adaptado de la definición de la Dra. Heather Palmer) como "la Provisión de Servicios Accesibles y Equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, logrando la adhesión y Satisfacción del usuario"[49] Este concepto de calidad, está completamente ligado al de satisfacción usuaria, pero se señala también que no es estándar único, pues cada equipo de salud debe construir su propio concepto de calidad, ya que, respecto de ella se va a comprometer a brindar la atención en salud que su población requiere y espera[50]. Según los Dres. Roemer y Montoya, "Calidad es el desempeño apropiado, acorde con las normas, de las intervenciones que se saben seguras, que puede costear la sociedad en cuestión y que tiene la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición"[51].

A partir de estas definiciones, la calidad de la atención debe considerar al menos las siguientes dimensiones:

- ✓ Accesibilidad
- ✓ Equidad
- ✓ Competencia profesional
- ✓ Satisfacción usuaria
- ✓ Efectividad
- ✓ Eficiencia
- ✓ Eficacia
- ✓ Seguridad
- ✓ Comodidades, y confort
- ✓ Continuidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Privacidad
- ✓ Confidencialidad, entre otros[52]

Una vez definidos los respectivos estándares, la calidad de la atención debe ser evaluada a través de instrumentos de medición de calidad, que generalmente se refieren al cumplimiento de los criterios y normas establecidas, y también de satisfacción de usuarios, que recogen las opiniones y percepciones de los usuarios sobre la atención recibida en diferentes ámbitos.

Para que estas evaluaciones sean útiles, han de ser habituales y continuas, a fin de generar los ajustes y mejoras necesarias en la atención. En este sentido, cabe tener presente que la evaluación de satisfacción de usuarios no busca sancionar a los equipos de salud, sino por el contrario es un proceso de aprendizaje mutuo, mejora permanente y una oportunidad para mejorar la gestión y mejorar la oferta que ofrece el centro de salud a sus usuarios. Además, para el equipo del centro (personal

[49] Gnecco G. (2006), op. cit.
[50] "Proceso de Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Salud Mental", Ministerio de Salud, 2007, en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/calidadsaludmental/PresentacionMetodologiaEvalaucionCalidad.pps2007
[51] Gnecco G. 2006, op. cit.
[52] Gilda Gneco 2006

administrativo, de salud y psicosocial) debe ser un proceso motivador de mejores prácticas y de reconocimiento de lo que están haciendo bien, y para el usuario externo, debe derivar en mayor satisfacción y por ende mayor seguridad en su atención[53].

A pesar de lo antes referido, habría que señalar que existen otro tipo de evaluaciones de calidad de la atención en salud, como por ejemplo el programa PECHA focalizado en la atención hospitalaria. Cabe señalar eso sí, que debido a la existencia de diversos programas de salud y a la continua revisión de los mismos, no existe una estandarización de este tipo de mediciones.

Por otra parte, cabe señalar que los lineamientos estratégicos del sector salud dicen relación con **generar políticas públicas orientadas a desarrollar condiciones de vida saludable, otorgar una atención primaria de alta calidad, resolutiva, acogedora y cercana , la cual continuará siendo** la puerta de entrada a un sistema de atención que es ambulatorio, **bajo el prisma de salud familiar y comunitaria, garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social y fortalecer la red asistencial pública** concentrando recursos tecnológicos de mediana y alta complejidad en un número determinado de centros de atención.[54]

En suma el quehacer del sector está orientado estratégicamente a:

- ✓ Reforzar el trabajo en red de los Consultorios y Centros de Salud Familiar.
- ✓ Fortalecer la Red de Salud Pública en sus niveles secundarios y terciarios de atención para dar cuenta de los requerimientos de un plan de Garantías Explícitas en Salud crecientes
- ✓ Prestar servicios acordes a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, respondiendo adecuadamente y aumentando los niveles de satisfacción de la población inscrita en el sistema.

Cabe tener presente en este último ámbito del Plan Piloto, que busca entregar una atención en salud de calidad, que en la actualidad los inmigrantes según su condición de regularidad acceden a diferentes niveles de calidad de atención, en particular, un inmigrante regular que cumpla con los requisitos del sistema (cotización, inscripción en el consultorio, etc.) puede acceder a todos los servicios disponibles al igual que una persona de nacionalidad chilena. Sin embargo, si el inmigrante es no regular no tiene garantizado el acceso pleno a la atención en salud, aún cuando pueden acceder a la atención en los servicios públicos de salud, aquellas personas no regulares que se encuentren embarazadas o sean menores de 18 años, y se acojan al proceso de regularización que les permitirá acceder a la atención en salud, o bien personas que requieren atención de urgencia[55].En ese sentido habría que señalar, que muchas veces la atención que reciben las personas no regulares no es de igual calidad, o al menos no es de la máxima calidad a la que se puede aspirar, en la medida que no existe para dicho individuo un abordaje integral de su situación de salud, ni de su contexto más cercano, así como tampoco puede acceder a todas las prestaciones que ofrece el sistema público de salud.

[53]"Proceso de Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Salud Mental", Ministerio de Salud, 2007, en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/calidadsaludmental/PresentacionMetodologiaEvalaucionCalidad.pps2007

[54] Directrices del Gobierno de Chile. MIDEPLAN, año 2007

[55] Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 11 de junio de 2008 en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_inmigrante/Ordinario_sobre_inmigrantes_No_3229_del_110608.pdf

2. Población Objetivo

Inmigrantes residentes en comunas del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) regulares y no regulares.

3. Objetivos o impacto que se busca.

Garantizar el derecho de los inmigrantes regulares y no regulares que residen en comunas del SSMN al acceso a una atención en salud de calidad.

4. Acciones o intervenciones

a) Actividad 1: Cambios al Modelo de Atención.

La **capacidad resolutiva** se concibe como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud en cada uno de los dispositivos (establecimientos o no) que componen la red, con el mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la Atención Primaria de Salud, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar los pacientes a otros niveles de atención: favoreciendo una atención en un lugar más cercano a la población afectada.

Es en este contexto, la función de las Asistentes Comunitarias consiste en aplicar un proceso de **capacitación de las personas seleccionadas de la misma comunidad inmigrante**, que apoyen en una primera etapa en informar, orientar y educar sobre el contexto público chileno, principalmente en lo que respecta a temas normativos, legales y de seguridad social, incluida la atención en Salud. Luego se puede profundizar en temáticas más especificas de promoción y prevención, así como en el apoyo a personas en situación de vulnerabilidad social (Adultos mayores, postrados, enfermos).

En particular, se busca cumplir con el objetivo del proyecto original de las asistentes comunitarias[56], que es desarrollar un grupo de trabajo que logre actuar en coordinación con la red de salud a fin de abordar los problemas sociales y sanitarios desde una perspectiva integral de esta población. A lo mencionado, si se suma la perspectiva de transformar los establecimientos del área hacia centros de Salud Familiar, podemos dar el marco de Calidad que se les exige en el contexto público a estos establecimientos.

La Reforma del Sector Salud busca consolidar un sistema de salud que de una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante la oferta de acciones de calidad, que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios. Este desafío sectorial obliga a dar relevancia a la Atención Primaria, que es la que en mayor medida recoge y contribuye al cambio cultural y de modelo de atención de salud que se requiere.

[56] Documento de Trabajo del Proyecto de las Asistentes Comunitarias de Salud. Directora del Proyecto Srta. Fanny Berlagoscky. Jefa de Unidad de Proyectos SSMN. 2008.

El **Modelo de Atención Integral**, que se plasma en la Atención Primaria con el Enfoque Familiar y Comunitario, al tener una mirada sistémica sobre el proceso salud -enfermedad, se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud.

La atención integral (biopsicosocial) centrada en la familia, requiere necesariamente ser complementada con el **enfoque multidisciplinario**, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de la manera más efectiva a las necesidades de los individuos, ya que toma en consideración su historia vital y sus entornos familiar y ambiental, y desarrolla acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados domiciliarios.

Los elementos fundamentales de este enfoque se pueden resumir de la siguiente manera[57]:

- ✓ **Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y la comunidad**: El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso salud-enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

- ✓ **Continuidad de la atención y de los cuidados de salud**: *La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del "trabajo en red" (red asistencial, comunitaria, social).* En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategiasde prevención y promoción de acuerdo a dicha realidad.

- ✓ **Prestación de servicios integrados**: A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el auto cuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población. La población, cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, específicamente, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud.

- ✓ **Resolutividad:** Se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red

[57] Orientaciones para la programación en Red. Contigo Mejor Salud Subsecretaría de redes Minsal, 2008

asistencial, en el caso de la población inmigrante cabe adaptar los servicios para responder a su realidad epidemiológica y también en el ámbito de la salud mental. .

- ✓ **Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes**: se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos(as); de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

- ✓ **Participación social:** distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. En este contexto el rol de los consejos consultivos es importante y fundamental. En muchas comunas del país está constituido, pero su existencia muchas veces se limita sólo a un funcionamiento formal.

Según consta en documentos ministeriales el proceso de transformación de la APS, contempla el reconocimiento como Centros de Salud Familiar (CESFAM) a aquellos Centros de Salud que cumplen con una serie de requisitos de motivación, capacitación, mejora de calidad progresiva, e incorporación de la familia como unidad de atención.

Por ser el reconocimiento un proceso deliberado, los CESFAM estarán sujetos a procedimientos de evaluación periódica y re-certificación. Esto último es relevante considerarlo cuando se quiere hablar de Calidad, es por lo mismo que su principal vertiente de concepción dice relación con el Desempeño Técnico, y como lo plantean los documentos ministeriales puede ejemplificarse así:

ELEMENTO	Calidad
DIMENSION	Desempeño técnico
DEFINICION	Normas de calidad técnica en todos los procesos clínicos de atención.
OBJETIVO	Establece el mecanismo de acreditación técnica del centro de salud. Desarrolla protocolos de atención en los motivos de consulta mas frecuentes. Realiza auditoria de calidad de las fichas clínicas. Establece el cumplimiento de guías clínicas. Monitoriza los resultados de cobertura en problemas trazadores Establece indicadores de resultados de compensación. Monitoriza en cumplimento de los tiempos de espera para problemas GES y otros. Establece un protocolo de acogida de sugerencias para las personas. Establece protocolo de respuesta a las reclamaciones. Realiza encuestas de satisfacción al menos una vez al año. Establece indicadores de satisfacción con la atención.

b) Generación y Difusión de Protocolos de Buenas Prácticas de Atención en Salud

Finalmente desde esta perspectiva donde se establece una gestión clínica con utilización de guías y protocolos, y un ordenamiento de Procesos Asistenciales, se puede revisar en el Anexo n° 1 del presente informe: Marco Referencial de Cartera de Servicios (Actividades - Prestaciones) que un Centro de Salud Familiar debiese desarrollar, ello implica con altos estándares de calidad siempre.

El Plan Piloto, debería contemplar una fase de difusión y socialización de dichas guías clínicas y protocolos de buenas prácticas con los equipos de salud de los CESFAM.

c) Reconocimiento de los Centros y Equipos de salud con Buenas Evaluaciones de Calidad de Atención.

La realización de evaluaciones periódicas de satisfacción de usuarios además de mantener un sistema de información actualizado sobre el desempeño de cada uno de los centros de atención, permite también generar incentivos para el mejoramiento continuo de la atención entregada. En particular, resulta favorable realizar un reconocimiento público a los centros y sus equipos de salud, que obtengan evaluaciones positivas de satisfacción de usuarios. Ello permite fortalecer y motivar a los equipos de salud bien evaluados, así como incentivar el mejoramiento continuo en los equipos evaluados regularmente.

La calidad de la atención debe ser evaluada a través de instrumentos de medición de calidad, que generalmente se refieren al cumplimiento de los criterios y normas establecidas por el Ministerio, y también instrumentos de satisfacción de usuarios, que recogen las opiniones y percepciones de los usuarios sobre la atención recibida en diferentes ámbitos.

Para que estas evaluaciones sean útiles, han de ser habituales y continuas, a fin de generar los ajustes y mejoras necesarias en la atención. En este sentido, cabe tener presente que la evaluación de satisfacción de usuarios no busca sancionar a los equipos de salud, sino por el contrario es un proceso de aprendizaje mutuo, mejora permanente y una oportunidad para mejorar la gestión y mejorar la oferta que ofrece el centro de salud a sus usuarios. Además, para el equipo del centro (personal administrativo, de salud y psicosocial) debe ser un proceso motivador de mejores prácticas y de reconocimiento de lo que están haciendo bien, y para el usuario externo, debe derivar en mayor satisfacción y por ende mayor seguridad en su atención[58].

A pesar de lo antes referido, habría que señalar que existen algunas evaluaciones de calidad de la atención en salud, como por ejemplo el programa PECHA focalizado en la atención hospitalaria. Cabe señalar eso sí, que debido a la existencia de diversos programas de salud y a la continua revisión de los mismos, no existe una estandarización de este tipo de mediciones para el nivel de atención primaria.

[58]"Proceso de Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Salud Mental", Ministerio de Salud, 2007, en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/calidadsaludmental/PresentacionMetodologiaEvalaucionCalidad.pps2007

4. Resultados Esperados

Este ámbito de intervención del Plan Piloto busca garantizar el derecho de los inmigrantes regulares y no regulares que residen en comunas del SSMN al acceso a una atención en salud de calidad.

Para evaluar el impacto de las acciones realizadas en este marco, se sugieren los siguientes indicadores:

a) **Encuestas de Satisfacción Usuaria**: medición periódica que permita dar cuenta de los niveles de satisfacción de los usuarios de los centros de atención del SSMN, incorporando la evaluación realizada por la población usuaria inmigrante que acude a dichos servicios.
b) Análisis periódico de los **libros de reclamos** registrados en las OIRS (Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias) existentes en cada centro de atención.
c) **Auditoria periódica de fichas clínicas y recetas**.
d) **Medición y seguimiento de Indicadores:** control permanente de indicadores como la Cobertura real de población potencialmente beneficiaria; concentración de consultas médicas por población beneficiaria; tasa de mortalidad y morbilidad por patologías trazadoras; tasa de embarazos en población menor de 15 años; tasa de cobertura de exámen de Papanicolau (PAP), entre otros.

5. Actores Involucrados y Rol

La fase de calidad de la atención en salud debe convocar y reunir al menos los siguientes sectores y actores clave:

- Ministerio de Salud
- FONASA
- Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN)
- Municipalidades de comunas del SSMN, en particular, las Direcciones Comunales de Salud y Educación.
- Funcionarios de la red asistencial (personal de salud, administrativo y psicosocial)
- Asistentes comunitarias en Salud, del SSMN
- Organizaciones de la Sociedad Civil y comunidad organizada (organizaciones de inmigrantes, ONGs, etc.)
- Consejos consultivos en salud llamados también Consejos de Desarrollo y compuestos por directivos y trabajadores de la salud y representantes de la comunidad.

Los actores antes señalados, cumplen un rol clave en la coordinación e implementación de las acciones sugeridas para mejorar la calidad de la atención, las que para su ejecución deben contar con las adecuadas condiciones legales, normativas, presupuestarias y con la voluntad política requerida para llevar adelante el proceso.

Dado que se trata de intervenciones intersectoriales, la instalación de una Mesa de Trabajo en este ámbito puede resultar eficaz para implementar el Plan Piloto, con una coordinación centralizada en el SSMN.

6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE PLAN PILOTO

Tal como ya se ha señalado, entenderemos por Plan Piloto en salud, un conjunto de acciones, articuladas y específicas, para la población inmigrante, que permitan garantizar su acceso a la atención integral en salud, y que contribuyan, en un horizonte de mediano y largo plazo a una plena integración del inmigrante, en términos de la equidad en el acceso y atención en salud.

Igualmente se ha señalado que por atención integral en salud "entenderemos la atención eficiente, eficaz y oportuna, orientada más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"[59].

El Plan Piloto se focaliza en tres ámbitos de acción: información sobre derechos y deberes, acceso a la atención en salud, y calidad de la atención. La implementación de un Plan Piloto con las características antes mencionadas, requiere de un conjunto de factores que favorezcan dicha implementación, y sobre todo sea viable y eficiente para los objetivos propuestos.

En el proceso de recopilación, procesamiento y análisis de la información que sirve de sustento a este diseño de Plan Piloto, se han identificado una serie de factores a considerar para hacer factible la aplicación del plan piloto propuesto. En este sentido, cabe tener presente que un tema de especial relevancia en el proceso de implementación de una política pública -en este caso el plan Piloto es una etapa de "testeo" de ciertos instrumentos que operacionalizan una política pública- es tener claridad conceptual e instrumental respecto si la intervención o acción es viable desde diversas aristas de análisis.

En ese contexto, el desafío central es estructurar e impulsar planes y programas viables en su implementación desde la perspectiva política, técnica y administrativa. A continuación, se revisan cada uno de estos factores en detalle:

1. Factores políticos

Estos dicen relación con la voluntad del Gobierno de asumir la responsabilidad de hacerse cargo plenamente de la nueva realidad que enfrenta el país en lo referente al fenómeno migratorio. Todo indica que, tanto por la situación económica expectante de nuestro país en la región, como por la mayor movilidad de los factores productivos resultante de los proceso de globalización, esta continuará desarrollándose y por lo tanto la inmigración de personas de otros países, especialmente provenientes de países limítrofes se mantendrá o incrementará. Por ello se requiere adoptar desde ya las medidas pertinentes que permitan enfrentar adecuadamente en el fututo este fenómeno en lo que respecta a la atención en salud.

Al respecto, resulta relevante destacar que uno de los objetivos estratégicos del Gobierno de Chile, es liderar el desarrollo de una Política Migratoria, y más específicamente el producto asociado 5.3 señala

[59] Ministerio de Salud" Plan de Salud 1996, Componente Programático" citado en: Colegio Médico de Chile, "Cuadernos Médico Sociales", marzo 2007, vol 47, nº1, página 8.

como objetivo la "Provisión de acciones tendientes a la incorporación de la población inmigrante como usuarios específicos de los servicios y/o productos provenientes de las políticas públicas sectoriales (área social y laboral)".

En un sistema democrático y en el cual el respeto por la institucionalidad es un atributo imprescindible, es importante identificar los factores que inciden en la viabilidad política de una acción, programa o plan piloto, inserto en una política pública mayor. De entre ellos cabe destacar aspectos como la identificación de la opinión y la postura de los actores involucrados, que constituyen el sustrato sobre el cual actuar, y que, como ha sido profusamente analizado en este estudio, es favorable.

Un segundo elemento, son las posiciones de los actores involucrados, los que además de la sociedad civil, involucran a diversas agencias y servicios Gubernamentales. En este sentido, la relevancia y prioridad del Plan Piloto en la agenda pública será crucial.

Esta voluntad política debe manifestarse en diferentes niveles y ámbitos. En lo que respecta al Gobierno, un rol crucial le cabe a las autoridades del MINSAL para que, una vez culminada y evaluada la fase piloto en el SSMN, incorporen este programa a la gestión permanente y lo instalen en la estructura organizacional de la institución, sólo así se estaría asegurando su adecuada implementación y permanencia en el tiempo. Desde este punto de vista, si esto no ocurre, la propuesta de Plan Piloto no pasará nunca de la fase de diseño.

En este sentido, esta voluntad política del Gobierno y sus respectivas autoridades, requiere hacer explícito el cumplimiento de los compromisos adoptados en diversos Convenios y Tratados Internacionales suscritos en el ámbito de los derechos sociales, culturales y económicos, y en particular referidos al ámbito de la salud y el acceso a la atención en salud, educación, trabajo, previsión social y vivienda, entre otros.

Una vez que se adopte la decisión política de impulsarlo, para que éste sea asumido con la coordinación inter gubernamental y responsabilidad que se requiere, las autoridades políticas del MINSAL deberán promover el establecimiento de las instancias de coordinación con los otros servicios públicos del nivel central necesarios para la implementación del piloto, específicamente, se ha sugerido la instalación de una Mesa de Trabajo intersectorial de coordinación e implementación de las actividades del Plan Piloto.

Un tercer grupo de elementos están referidos a la negociación y acuerdo entre los actores políticos, incluyendo en este caso, a las autoridades de nivel comunal (Municipalidades y sus respectivas Direcciones Comunales de Salud y Educación).

Por último, cabe tener presente la necesidad de dotar al plan de la legitimidad y respaldo de la ciudadanía, para lo cual, además de la apertura de espacios a la participación a lo largo de todas sus etapas, debe considerar acciones de difusión, socialización y sensibilización.

2. Factores Técnicos

Este grupo de elementos se refieren a los factores considerados en el diseño del Plan Piloto los que abordan los ámbitos que están descritos en el siguiente gráfico:

Por su relevancia y significación, dos de ellos merecen particular atención. En primer lugar, los recursos humanos. Una condición necesaria para implementar el Plan Piloto propuesto, es contar con personal de salud, administrativo y psicosocial adecuado en cantidad y capacidad.

Como se ha dicho, atender a personas inmigrantes implica una capacitación y sensibilización adecuada no sólo en el contenido del Plan Piloto, sino que también en los nuevos procedimientos que debieran implementarse para facilitar la instalación de este Plan, en particular, una adecuada información y sensibilización sobre la realidad social, cultural y económica de los inmigrantes, y sobretodo del perfil de inmigrantes que residen en las comunas del SSMN, además dar cuenta de sus demandas, costumbres, creencias y usos en materia de salud lo que permitiría que los funcionarios de los centros manejen información relevante sobre la población que atienden y sean sensibles y tolerantes con las diferencias culturales existentes.

Cumplir con lo anterior, requiere implementar un programa de capacitación y sensibilización al personal de los centros de salud en la atención de este tipo de personas, de manera que acompañen la implementación progresiva del Plan Piloto, como asimismo, contar con personal suficiente que pueda enfrentar adecuadamente la demanda de atención relativa a las funciones de prevención, promoción y asistencia en salud.

Desde la perspectiva financiera, y como condición crítica de éxito, se debe contar con un presupuesto especial que sea contemplado para la implementación del Plan Piloto. Todo indica que con el presupuesto actualmente asignado para la atención primaria y más compleja en el servicio público, es insuficiente para cumplir a cabalidad con el Plan Piloto propuesto, sobre todo cuando de acuerdo a la visión de los expertos, este costo es marginal si se compara con el presupuesto general de salud en el SSMN.

3. Factores administrativos.

Tal como también ha quedado en evidencia en el presente estudio, existen un conjunto de decisiones y procedimientos administrativos que no favorecen un acceso fácil y adecuado a la atención en salud de la población inmigrante. Estos factores requerirían ser modificados para poder implementar el Plan Piloto propuesto. Por ejemplo, los protocolos, instructivos y normas ministeriales que regulan la atención en el sistema de salud pública, la exigencia que los consultorios cumplan con determinadas normas para recibir el pago "per cápita", los protocolos de atención y el trato que muchos funcionarios administrativos le dan a las personas inmigrantes entre otros, son aspectos que determinan de algún modo un mejor acceso y mejor calidad de la atención a éste grupo de personas.

Cabe señalar que desde el punto de vista de las fortalezas, existen leyes y normas para implementar el programa propuesto, y no es necesario ningún cambio de carácter legislativo. También existe el núcleo de atribuciones para que un organismo, en este caso el SSMN, implemente la política. De esta forma, es posible establecer con claridad el alcance del Plan Piloto y radicar la responsabilidad administrativa en el nivel pertinente.

Por otra parte, desde la perspectiva de la "accountability", también existen los procedimientos y organismos contralores que le garanticen a la autoridad el adecuado control sobre los recursos, y no menos importante, los sistemas y procedimientos de generación, acceso y difusión de información Pública.

Con todo lo anterior, se observan una serie de factores que deben ser abordados oportunamente a fin de hacer factible la implementación del Plan Piloto propuesto, considerando el ámbito político, como el primer y determinante eslabón, y luego, los aspectos técnicos y administrativos relevantes.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Araujo, K; Legua, M; Ossandón, L. (2002): "Migrantes andinas en Chile: el caso de la migración peruana". Fundación Instituto de la Mujer. Santiago.

2. CIID (Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo); Ministerio de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Escola Nacional de Saúde Pública. "Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, Evaluación de Actividades y Desarrollo futuro de la Red", Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Cuadernos para la Discusión n° 1. 2000.

3. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. "Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales". Publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2001), España.

4. DESC, Observación General Nº 14, 200; citado en O'Donnell, D; Uprimni, M; Valencia, A. (comps.) (2003): "Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional". Volumen II. Oficina en Colombia del Alto Comisionados de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Bogotá, Colombia.

5. Documento de Trabajo del Proyecto de las Asistentes Comunitarias de Salud. Directora del Proyecto Sra. Fanny Berlagoscky. Jefa de Unidad de Proyectos SSMN. 2008.

6. Dr. Carlos Montoya A (editor) Serie Orientaciones Metodológicas para la Planificación y Gestión Local en Salud", Metodología de Programación Local en Salud. Serie n° 2, Julio 1992. Ministerio de Salud, Chile.

7. Dr. Carlos Montoya Aguilar, Dr. Ignacio Astorga Jonquera (editores) "El Hospital Público en Chile" Vol. I. Ministerio de Salud (2001-2002). Chile.

8. Dr. Carlos Montoya Aguilar, Dr. Ignacio Astorga Jonquera (editores) "El Hospital Público en Chile" Vol. II. Ministerio de Salud (2003). Chile.

9. Dra. Begoña Bermejo Fraile. "Epidemiología Clínica aplicada a la Toma de Decisiones en Medicina". Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 2001. España.

10. Gnecco Gilda. (2006), "En busca de la calidad de la atención". Marco conceptual. Diploma de Gestión de Calidad en Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

11. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (2005). Construyendo la nueva agenda social, desde la mirada de los determinantes sociales de salud. Página 43. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/LIBRO_CONDICIONANTES_SOCIALES.pdf

12. Jenicek M. "Epidemiología. La Lógica de la Medicina Moderna", Editorial Masson. (2000), España.

13. Ma. Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Joan Farré Calpe, Rebeca Terraza Nuñez. "Organizaciones Sanitarias Integradas: Una Guía para el Análisis", Revista Española de Salud Pública; 79: 633-643, n° 6 Noviembre – Diciembre 2005.

14. MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2006, documento metodológico en www.mideplan.cl.

15. Ministerio de Salud, Ordinario 3229, 11 de junio de 2008 disponible en http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_inmigrante/Ordinario_sobre_inmigrantes_No_3229_del_110608.pdf

16. Ministerio de Salud "Proceso de Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Salud Mental", 2007, en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/calidadsaludmental/PresentacionMetodologiaEvalaucionCalidad.pps2007

17. Ministerio de salud. Documentos de Trabajo Digera. Departamento de Modelo. Subsecretaría de Redes Asistenciales.2006.

18. Ministerio de Salud. II Encuesta de la Calidad de Vida y Salud, CHILE 2006, en www.minsal.cl

19. Ministerio de Salud. Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Departamento de Diseño y Gestión de APS, División de Atención Primaria, Subsecretaria de Redes Asistenciales. MINSAL. 2008.

20. Ministerio de Salud. Orientaciones para la programación en Red. Contigo Mejor Salud Subsecretaría de redes Minsal, 2008

21. Ministerio de Salud. Plan de Salud 1996, Componente Programático" citado en: Colegio Médico de Chile, "Cuadernos Médico Sociales", marzo 2007, vol 47, nº1, página 8.

22. Ministerio de Salud. Proceso de Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad de Atención en Salud Mental", Ministerio de Salud, 2007, en http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/calidadsaludmental/PresentacionMetodologiaEvalaucionCalidad.pps2007

23. Mujica, J (2004): "El desafío de la solidaridad: Condiciones de vida y de trabajo de los migrantes peruanos en Chile". OIT/Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Lima, Perú. En: http://www.oit.org.pe/proyectoactrav/pdf/doc_178/doc178.html Visitado: semana del 20 de agosto.

24. Motta, P (2001) Desempeños en Equipos de salud Satisfacción de los usuarios: La gestión de las relaciones externas del equipo.

25. OIM. “Glosario sobre migración”http://www.cimal.cl/publicaciones/documentos/Documento_trabajo_cimal_01.pdf, (edit.) (2006):. Ginebra, Suiza. Visitado: semana del 9 de julio.

26. OMS (2005): “Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos”. OMS. Ginebra, Suiza.

27. Ord. Nº 09564 del Departamento de Extranjería al SSMN, 1993.

28. Oscar Arteaga, Ignacio Astorga y Ana María Pinto. “Desigualdades en la Provisión de Asistencia Médica en el Sector Público de Salud en Chile”, Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 18(4): 1053-1066, jul-ago. 2002.

29. Perruchoud, R. (2001): “Normas legales para la protección de los trabajadores migrantes”. CEPAL/CELADE: Notas de Población Nº 73. Serie LC/G 2.124.

30. Piédrola Gil “Medicina Preventiva y Salud Pública”., 10° Edición. Editorial Masson. España. 2001.

31. Proyecto Franco – Chileno de Apoyo a la Gestión Hospitalaria. “Gestionando en Red”, Publicación de la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud, 2001. Chile.

32. Solimano, A. y Tokman, V. (2006): “Migraciones internacionales en un contexto de crecimiento económico: el caso de Chile”. Series Macroeconomía del desarrollo. CEPAL. Santiago.

33. Stefoni, Carolina (2003): “Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración”. Flacso-Chile. Editorial Universitaria. Santiago.

8. ANEXO N° 1: MARCO REFERENCIAL DE CARTERA DE SERVICIOS CESFAM

Actividades destinadas a la Familia[60]:

La mirada sobre la familia estará incorporada en el contacto habitual de cada equipo de cabecera con sus usuarios y familias a cargo. Entendiendo que la gran modificación pasa por la forma en que los profesionales de la salud enfrentan el proceso salud enfermedad, introduciendo nuevos conocimientos, habilidades y destrezas para responder a las demandas de salud y por lo tanto con nuevas formas de entrevista y estudio de las familias, se ha determinado que los servicios específicos serán:

1) Consejería Familiar (CF):

Es el proceso a través del cual se ayuda a una persona o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual o al de su familia. Las decisiones tienen que ver con modificaciones de conductas (de crianza, de estilos de vida, etc.) que implican un riesgo o un daño, individual o familiar.

La consejería siempre debe responder a los valores y necesidades de los usuarios, por lo que el proceso de información debe ser lo suficientemente amplio, no tendencioso ni coercitivo, de tal modo que permita ejercer la libertad de elegir.

La Consejería se enmarca en la relación de ayuda que existe entre el equipo de salud y una familia y como tal, debe tender a desarrollar en la persona o familia habilidades y destrezas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y futuras.

2) Visita Domiciliaria Integral (VDI):

Actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar, solicitada por la familia o sugerida por el equipo, en que la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante.

Actividades destinadas a modificar la influencia de las personas sobre el Ambiente:

1) Educación Grupal en Ambiente:

Esta actividad está orientada a grupos comunitarios. Se plantea como una intervención de carácter preventivo, donde el equipo de salud interacciona con las organizaciones formales e informales de la comunidad, para favorecer el cambio o adquisición de conductas protectoras del ambiente.

[60] El Estudio de familias se considera no una prestación en si, sino una adaptación de la búsqueda diagnóstica individual a la familiar.

Actividades destinadas a la Pareja:

1) Consejería en Salud Sexual y Reproductiva / Control de la Regulación de la Fecundidad:

Actividad orientada a las parejas, desde la etapa adolescente, con el objetivo de apoyar sus decisiones en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

2) Otras Consejerías según demanda:

Normas de crianza, problemas de adolescencia, comunicación en la pareja, VIH/SIDA, etc.

3) Control Prenatal:

Actividad dirigida a la mujer embarazada y su pareja con un enfoque integral, periódica y sistemática, que busca asegurar la mejor evolución del embarazo tanto en la pareja, en la mujer y en el hijo. Contempla todas las actividades de seguimiento biológico del embarazo.

4) Control del Puerperio:

Actividad orientada a la puérpera y su pareja hasta los 42 días después del parto, como una atención integral de orientación y apoyo en este período, detección de problemas derivados del puerperio y su manejo oportuno y orientación a la anticoncepción posterior.

Actividades destinadas a cada uno de los miembros de la Familia:

1) Destinadas a mantener la Salud de los Individuos Sanos:

a. Control de Salud del Niño:
Actividad orientada a los niños desde su nacimiento hasta los 9 años, para seguir en forma periódica su crecimiento y desarrollo con el fin de prevenir y detectar precozmente desviaciones de lo normal. Incluye la evaluación de su desarrollo psicomotor a los 4 y 18 meses y a los 4 años de edad.

b. Examen de Medicina Preventiva del Adulto:
Actividad orientada a los adultos entre 15 y 64 años, destinada a detectar precozmente algunos factores de riesgo y daños a la salud.

c. Control de Salud del Adulto Mayor:
Actividad orientada a la evaluación del estado de salud y a la detección de factores de riesgo de los individuos de 65 años y más. Incluye la aplicación del EFAM como screening de riesgo de pérdida de funcionalidad.

d. Control Ginecológico Preventivo:
Actividad orientada a la mujer desde su adolescencia hasta los 64 años, destinada a prevenir y detectar afecciones ginecológicas (incluyendo Cáncer Cérvico uterino y de Mama) y otros factores de riesgo en un enfoque integral.

e. Control del Climaterio:
Actividad orientada a la mujer en el período del climaterio (45 a 64 años) destinada a manejar los síntomas presentes en esta etapa, prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período y manejar los aspectos psico-sociales asociados.

f. Control de Salud Bucal:
Actividad orientada a los miembros de la familia, especialmente los menores y embarazadas, dirigida a la detección precoz y la prevención de patologías odontológicas con un enfoque integral. Incluye el examen de salud bucal, acciones educativas individuales y grupales.

2) Destinadas al seguimiento periódico de aquellos integrantes de la Familia que presenten alguna condición de riesgo para la Salud:

a. Condiciones de Riesgo Nutricional:
- **Control de Malnutrición:** Actividad orientada a los niños menores de 10 años que presenten un estado nutricional anormal: desnutrición, riesgo de desnutrir, sobrepeso u obesidad.
- **Control de Lactancia Materna:** Actividad orientada a las madres que requieren apoyo para lograr una lactancia exitosa.
- **Control Nutricional:** Actividad orientada al apoyo de aquellos individuos de la familia que presenten algún trastorno nutricional

b. Condiciones de Riesgo asociadas a la etapa Reproductiva::
- **Visita Domiciliaria a la embarazada de alto riesgo y a la puérpera:** Actividad en domicilio para la detección oportuna de incremento de los riesgos asociados a su condición.
- **Seguimiento del Control de la Fecundidad:** Actividad dirigida al usuario de algún método anticonceptivo con el fin de evitar los riesgos en la salud derivados de su uso, prevenir fallos en el método y efectuar las adecuaciones necesarios para asegurar su eficacia.

c. Condiciones de Riesgo asociadas a Trastornos de la Salud Mental:
- **Consulta de Salud Mental:** Actividad orientada a los miembros de la familia que presenten algún trastorno en su salud mental.
- **Consulta por déficit del desarrollo psicomotor:** Actividad orientada a los niños que presenten algún trastorno del desarrollo psicomotor.

d. Condiciones de Riesgo asociadas a Problemas Sociales o Psicosociales:
- **Control Social:** Actividad orientada a los miembros de la familia que requieran apoyo en la esfera psicosocial.
- **Intervención Psicosocial:** Actividad grupal orientada a aquellos miembros de la familia que requieran apoyo del equipo de salud en la esfera psicosocial.
- **Visita Domiciliaria Integral.**

e. Condiciones de Riesgo Odontológico:
- **Actividades Individuales de Prevención de Riesgo de Caries:** Actividad orientada a los miembros de la familia que presenten riesgo de caries. Incluye aplicación de sellantes, Fluoración tópica,

educación en dieta no cariogénica y en hábitos de higiene oral.

- **Actividades de Prevención de Enfermedades Gingivales y Periodontales:** Actividades orientadas a los miembros de la familia que presenten riesgo de enfermedad periodontal. Incluye profilaxis y enseñanza de técnica de higiene bucal.
- **Actividades de Prevención de Anomalías Dentomaxilares:**

3) Destinadas a aquellos integrantes de la Familia que presentan alguna enfermedad aguda o crónica:

a. Enfermedad aguda:

Consulta de morbilidad:
Actividad destinada al diagnóstico y tratamiento médico de la morbilidad demandante.

Consulta de morbilidad ginecológica:
Actividad orientada al diagnóstico y tratamiento de algún cuadro de origen ginecológico.

Consulta de morbilidad obstétrica:
Actividad orientada al diagnóstico y tratamiento de la morbilidad de la mujer embarazada.

Consulta kinésica:
Actividad orientada a los miembros de la familia que requieran apoyo kinésico para el tratamiento de sus patologías.

Consulta odontológica:
Actividad orientada a los miembros de la familia, en especial a los menores de 20 años y embarazadas, que presentan alguna patología odontológica. Incluye la consulta de urgencia y las acciones de exodoncia, endodoncia, obturaciones, radiología y ortodoncia interceptiva (en menores de 10 años).

b. Enfermedades crónicas:

Control de crónicos:
Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que presenten enfermedades crónicas que requieren de un tratamiento y seguimiento periódico: hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, síndrome bronquial obstructivo, etc.

Control de Tuberculosis:
Actividad orientada a aquellos miembros de la familia que presenten
TBC y que requieren de tratamiento y control específico.

Visita y atención domiciliaria a postrados:
Actividad en domicilio orientada a pacientes discapacitados severos temporales o definitivos con el fin de prevenir y tratar problemas agudos, crónicos o derivados de la postración.

4) Destinadas a apoyar a algunos miembros de la familia para prevenir ciertas condiciones específicas:

a. Prevención de enfermedades específicas:

Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones:
Actividades destinadas a prevenir enfermedades específicas a los niños desde la etapa de recién nacido hasta los ocho años. Incluye la prevención de tuberculosis, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis e infecciones por hemófilus influenza.

Vacunación antiinfluenza:
Actividad de prevención de la Influenza orientada a todos los adultos de 65 años y más.

Otras vacunaciones específicas:
según riesgo individual y poblacional (campañas)

Visita epidemiológica:
Actividad orientada a los contactos de un caso específico con el fin de efectuar las medidas preventivas necesarias según el caso.

b. Actividades del Programa Nacional de Alimentación Complementaria:

Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que requieran refuerzo nutricional (niños, embarazadas, nodrizas y adultos mayores).

c. Educación grupal:

Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar o de la comunidad que requieran de refuerzo educativo por parte del equipo de salud, ya sea por su edad, condición de riesgo o enfermedad específica.

9. ANEXO N° 2: INFORME DE RESULTADOS Nº1

Dicho informe se presenta impreso, como anexo al presente informe.

10. ANEXO N° 3: INFORME DE RESULTADOS Nº2

Dicho informe se presenta impreso, como anexo al presente informe.