



Principales barreras para el ejercicio del derecho a la salud de personas migrantes internacionales de la comuna de El Bosque



ENTREVISTAS A EXPERTAS EN POLÍTICAS PÚBLICAS
Y A PERSONAL DE SALUD Y MUNICIPAL



Principales barreras para el ejercicio del derecho a la salud de personas migrantes internacionales de la comuna de El Bosque



ENTREVISTAS A EXPERTAS EN POLÍTICAS
PÚBLICAS Y A PERSONAL DE SALUD Y
MUNICIPAL



Autoras: Sonia Covarrubias Kindermann y María Stella Toro Céspedes.
Diseño: Andrea Carter.

Fundación Educación Popular en Salud – EPES
Santiago, enero 2021.
www.epes.cl

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA EMPLEADA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	6
2.1 Enfoques claves	7
Derechos humanos	7
Derecho a la salud	9
La migración como determinante social de la salud	11
Interculturalidad en salud	13
3. ANTECEDENTES SOBRE LOS PROCESOS MIGRATORIOS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA EN CHILE. TRANSFORMACIONES Y TENSIONES	14
¿De dónde vienen y quiénes son las personas que migran a Chile?	16
Cambios culturales, discriminación y migración	17
Datos sobre la población migrante en la comuna de El Bosque	18
4. BARRERAS PARA ACCEDER A SALUD. REPRESENTACIONES SOBRE LA MIGRACIÓN. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A EXPERTAS EN SALUD Y MIGRACIÓN	20
4.1. Barreras institucionales que afectan el ejercicio de los derechos humanos y los derechos en salud de las personas migrantes	21
Barreras del ejercicio de derechos producto de las políticas migratorias	21
Barreras del ejercicio de derechos producto de cambios en la normativa de salud	21
Impacto de los cambios de normativa y del discurso público hacia la población migrante	23
4.2 Barreras y discursos asociados a la migración como determinante social de la salud y su interacción con otros determinantes sociales	24
Discriminación, racismo y xenofobia	24
Cultura y valores	24
Dificultades del equipo salud para incorporar enfoque intercultural en salud	25
Migración como determinante social de la salud	26
Desigualdades de género	27
Condiciones laborales	28

Condiciones de la vivienda _____	28
Organización y oferta de los servicios de salud _____	28
Redes sociales de apoyo _____	30
Participación y organización de la población migrante _____	30
4.3. Percepciones sobre la personas migrantes y la atención en salud _____	30
5. BARRERAS PARA ACCEDER A LA SALUD. REPRESENTACIONES SOBRE LA MIGRACIÓN. ENTREVISTAS A FUNCIONARIAS/OS DE SALUD MUNICIPAL DE LA COMUNA DE EL BOSQUE _____	32
5.1. Barreras institucionales que afectan el ejercicio de los derechos humanos y los derechos en salud de las personas migrantes en el ámbito local _____	34
5.2. Barreras y discursos asociados a la comprensión o falta de comprensión de la migración como determinante social de la salud y su interacción con otros determinantes sociales _____	36
Acceso a la vivienda _____	36
Dificultades para acceder al trabajo asalariado _____	37
Desigualdades de género, violencia y control _____	38
Alimentación _____	41
5.3 Percepciones sobre las personas migrantes y su atención en salud _____	41
6. ACCIONES SOBRE MIGRACIÓN Y SALUD _____	43
Estructura de los servicios para el trabajo con población migrante _____	44
Capacitación en enfoque intercultural en salud _____	44
Actividades comunitarias para favorecer la inclusión social _____	44
Desarrollo de materiales en creole _____	45
Trabajo intersectorial _____	45
7. PROPUESTAS _____	47
8. CONCLUSIONES _____	51
REFERENCIAS _____	54
LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS _____	56

1. INTRODUCCIÓN

Fundación EPES preocupada por la situación de salud y condiciones de vida de la población migrante en la comuna de El Bosque, a propósito de los flujos migratorios que han llegado al país en los últimos años, se propuso recopilar y analizar información sobre las políticas públicas implementadas y la oferta de servicios en la comuna hacia la población migrante, así como identificar las barreras de acceso a la salud. Para ello, se entrevistó a representantes de tres grupos de informantes claves: 1) expertas en salud y migración, 2) funcionarios/as de salud y municipales de la comuna de El Bosque, y 3) representantes de organizaciones de personas migrantes de la comuna y a nivel nacional.

El presente informe se basa en el análisis de 10 entrevistas semiestructuradas realizadas a los dos primeros grupos de informantes durante el año 2019, previo al estallido social de octubre de 2019 y a la pandemia por COVID-19. La información entregada por el tercer grupo será analizada y presentada en una posterior publicación.

El documento presenta los objetivos de la investigación y metodología utilizada para el levantamiento y análisis de la información. Además de la definición de diversos enfoques para su desarrollo bajo los cuales Fundación EPES direcciona su trabajo hace 38 años, como son: derechos humanos, derecho a la salud, determinantes sociales de la salud e interculturalidad en salud.

Posteriormente, el informe aborda los procesos migratorios de la última década en Chile para contextualizar lo que está sucediendo a nivel nacional con las personas migrantes y en particular en la comuna de El Bosque, para luego describir la información levantada a partir de las entrevistas sobre barreras para acceder a salud, representaciones sobre la migración, acciones que se han desarrollado y propuestas que emergen a partir de las entrevistas. Parte de esta información es presentada en forma diferenciada entre lo planteado por las expertas en salud y migración, quienes proporcionan una visión general de las políticas públicas, y los actores locales tanto de salud como del municipio, que abordan la problemática a nivel local.

El documento finaliza con conclusiones que identifican los desafíos para la política en salud con la población migrante a nivel local y nacional.

Fundación EPES agradece a las personas que aceptaron colaborar en el desarrollo de este informe, el cual anhela ser un aporte a la reflexión e impulsor de iniciativas para la construcción de comunidades más solidarias e inclusivas.



2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA EMPLEADA PARA REALIZAR EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para conocer la situación de la población inmigrante de Haití residente en la comuna de El Bosque, se diseñó durante el año 2019 el levantamiento de información cualitativa y cuantitativa sobre tres ejes que se relacionan entre sí, considerados importantes para la identificación de barreras para el acceso a la atención en salud y el diseño de intervenciones en salud a nivel local con esta población:

- **Conocer** las barreras y obstáculos de acceso a la salud de la población migrante de la comuna de El Bosque.
- **Caracterizar** a la población migrante residente en la comuna en términos demográficos, poniendo especial énfasis en la migración haitiana.
- **Identificar** la respuesta local institucional y comunitaria a la problemática.

La información fue recolectada a través de la realización de entrevistas semiestructuradas que se efectuaron de manera presencial durante el año 2019, las que permitieron un acercamiento a la problemática. Se diseñó un cuestionario con un esquema de preguntas semiestructuradas, dejando abierta la posibilidad de incorporar otras consultas en forma espontánea, de manera de profundizar en la información. Para dar cuenta de algunas de las problemáticas que afectan a la población migrante de la comuna se establecieron tres grupos de entrevistados, realizándose en total trece entrevistas, las que se distribuyeron de la siguiente manera:

- **Funcionarios y funcionarias municipales** involucradas en la atención a población migrante del sector salud, Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), facilitadoras interculturales y Centro de la Mujer de El Bosque. (Siete entrevistas).
- **Personas expertas sobre el fenómeno migratorio** en el ámbito del diseño e implementación de políticas públicas en salud y migración. (Tres entrevistas).
- **Representantes de organizaciones de migrantes** tanto dentro como fuera de la comuna. (Tres entrevistas).

El informe presenta los resultados correspondientes a las entrevistas realizadas con los dos primeros grupos.

La información entregada por las personas entrevistadas fue cruzada y complementada por una revisión de bibliografía y de fuentes secundarias para poder caracterizar los flujos migratorios de los últimos años en Chile, la población migrante de la Región Metropolitana y de la comuna, así como también, conocer las políticas públicas implementadas, en específico, sobre salud a nivel nacional y cómo están siendo implementadas en el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Considerando que a finales de 2019 y el primer trimestre del 2020 el país enfrentó un escenario político y social particular, debido al estallido social de octubre de 2019 y a la pandemia por COVID-19, se realizó una segunda revisión bibliográfica para actualizar parte de la información que se había recogido con el objetivo de intentar comprender el impacto de estos acontecimientos en la situación de la población migrante.

2.1 Enfoques claves

Los enfoques seleccionados representan formas de abordar algunas de las problemáticas que aparecieron en las entrevistas y están presentes en los análisis y reflexiones de este informe. Estos son: derechos humanos, derecho a la salud (en el marco de los procesos migratorios), migración como determinante social de la salud e interculturalidad en salud.

Derechos humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) reconoce que todas las personas independientemente de su lugar de origen y del territorio en que se encuentren tienen los mismos derechos.

En su primer artículo indica:

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”,

y en el segundo:

“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición...”

(ONU, 1948).

Los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, y se han plasmado en numerosos tratados internacionales que el Estado de Chile ha firmado y que se tienen que traducir en leyes, reglamentos y políticas que hagan efectivos los derechos humanos en el país (MINSAL/DIVAP y Fundación EPES, 2016).

Se entiende a las personas migrantes, bajo el enfoque de los derechos humanos, como sujetos de derechos y al Estado como garante de ellos. Las personas migrantes gozan de derechos humanos, en tanto son personas. Estos derechos los acompañan en toda su trayectoria migratoria: preparación, partida, tránsito y en todo el período de estadía en el nuevo país, así como el regreso al país de origen o de residencia habitual.

El principio de no discriminación es fundamental en el contexto de los derechos humanos y está reflejado en todos los instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Así también es fundamental la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, uno de los principales tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, que reconoce la vulnerabilidad específica de las personas que migran. Además, promueve la creación de condiciones de vivienda y trabajo humanas y estipula los derechos de sus

familiares, que a menudo son denegados, independiente de la situación de regularidad migratoria.

Otro instrumento relevante es la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, promulgada el 4 de enero de 1969, en la cual se considera que un imperativo central para el real ejercicio de los derechos humanos es el compromiso irrestricto con la eliminación de la discriminación racial en todas sus formas para asegurar el respeto y dignidad de las personas, asumiendo la existencia y la necesidad de desterrar aquellas doctrinas que se han basado en la idea de superioridad.

La discriminación racial es una violación a los derechos humanos. Por discriminación racial se entiende

“toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.”

(ACNUDH, Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 1).

La discriminación racial adopta formas diversas en distintos países, aunque siempre se manifiesta con discriminación, segregación, rechazo a la cultura y a los valores que se entienden como ajenos, y puede manifestarse en conductas que van desde la negación de derechos, el hostigamiento, hasta la violencia y los crímenes de odio.

En los últimos años se ha cuestionado la existencia del concepto de razas “per se”, y se ha acuñado el término de “racialización”, entendiéndose como el proceso social mediante el cual a algunos cuerpos, grupos sociales y culturas se les atribuyen categorías diferenciadas y jerarquizadas cargándolas de una naturaleza fija y homogénea que las condiciona y estabiliza. En otras palabras, las “razas” son una construcción social e histórica,

como resultado de procesos complejos de diferenciación de los seres humanos de acuerdo a categorías fenotípicas, culturales y lingüísticas entre otras (Campos, 2012). Aunque las razas no existen, la construcción social de las mismas, mantiene y reproduce las diferencias, jerarquías, exclusiones y privilegios que sostienen la discriminación racial (Cepal, 2016).

Abordar la problemática de la migración desde este enfoque es estratégico ya que se busca eliminar todas las formas de discriminación, que son claves para hacer efectivos sus derechos humanos. Además representa un imperativo ético considerando el nivel de exclusión social

y discriminación que afecta a las personas migrantes.

Derecho a la salud

El derecho a la salud ha sido reconocido como un derecho humano fundamental a partir de diversos instrumentos internacionales, entre los cuales cobran especial relevancia para las personas migrantes el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.



Pactos internacionales de derechos humanos y regulaciones en Chile

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Adoptado: 16/12/1966

Entrada en vigor: 3/1/1976

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.

Adoptado: 18/12/1990

Artículo 28.

Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

En Chile, entre los años 2003 y 2018, se avanzó en regulaciones progresivas que aseguren el derecho a la salud de las personas migrantes, independiente de su condición migratoria, como son las que se enumeran en el cuadro a continuación. Tal orientaron que buscó ampliar los derechos en salud, cambió de manera desfavorable a partir de algunas de las regulaciones impuestas en 2018, las que si bien no derogan ningún instrumento si han dificultado el acceso a la salud de las personas en situación irregular.

1966

1976

1990

2003

2005

2008

2012

2015

2018

Circular 1.179 de 28 de enero de 2003 del Ministerio del Interior en conjunto con Ministerio de Salud

Señala la protección explícita a mujeres embarazadas en situación migratoria irregular, permitiendo acceso a la red pública de atención en salud a través de la inscripción en los centros de atención primaria en salud y con el acceso a un permiso temporario de residencia.

DFL N°1 del 2005, del Ministerio de Salud.

Art. 131°, dispone que el derecho a la atención de salud, comprende el libre e igualitario acceso a las prestaciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la persona.
Art. 132°, establece que los establecimientos de la red de salud pública no pueden negar la atención de salud a quienes la requieran y tampoco condicionarla al pago.
Art. 136°, identifica como personas beneficiarias del régimen de prestaciones de salud a aquellas carentes de recursos o indigentes.

Oficio ordinario 3229 de MINSAL de 2008

Señala que las personas migrantes en condición irregular tienen derecho a atención médica de urgencia.

Resolución exenta 1914 del 10 de marzo de 2008

Proporciona a todos los niños, niñas y adolescentes migrantes menores de 18 años, atención de salud en la red pública en igualdad de condiciones que sus pares chilenos/as, independiente de su situación migratoria y de la de sus padres, madres, tutores o representantes legales.

Ley de Derechos y Deberes en la atención en salud (2012) (Derecho a un trato digno, artículo n° 5)

Velar porque se utilice un lenguaje adecuado y entendible. Esto incluye a las personas migrantes que no hablan español, las que tienen derecho a recibir toda la información que necesiten, por intermedio de un funcionario/a de salud preparado/a para aquello o de solicitar el apoyo de un tercero designado por la persona atendida.

Circular A15 N°6 de fecha 9 de junio del 2015

Frente al aumento del número de personas migrantes que presentan problemas de salud y se encuentran sin documentación oficial al día, la circular desvincula, específicamente, el acceso a la salud del estado regularización de la situación migratoria de las personas.

Decreto Supremo N°67 del 2015

Se introduce la presunción de carencia de recursos respecto de las personas migrantes y sin documentación o visa de residencia, siendo incorporadas/os como beneficiarias/os del Tramo A de FONASA correspondiente a la modalidad institucional como cuarta circunstancia.

La atención en salud para las personas migrantes está reconocida en el país en las siguientes situaciones (MINSAL et. al., 2018):

- Las y los migrantes que tengan permiso vigente tienen derecho a acceso a la salud en igualdad de condiciones que las personas nacionales.
- Las personas extranjeras en situación de irregularidad, declarando situación de carencia de recursos, pueden acceder a red de prestaciones públicas en salud.
- Las personas migrantes, independiente de situación migratoria, tienen derecho a recibir las siguientes prestaciones de salud pública: tratamiento y prevención de VIH, vacunas, anticoncepción de emergencia y métodos de regulación de la fecundidad, mamografías, papanicolau, tratamiento de tuberculosis, controles nutricionales, educación en salud y enfermedades de transmisión sexual.
- Atención en salud a adolescentes hasta los 18 años, independiente de su condición migratoria.
- La mujer embarazada tiene derecho a la salud y protección del Estado durante la gestación, el parto y después de 12 meses de dar a luz, así como a las garantías del programa *Chile Crece Contigo* hasta los 9 años de edad del niño/a.
- Las y los migrantes independiente de su condición migratoria tienen derecho a atención médica de urgencia.

Estos avances en el ámbito de la salud, si bien son fragmentados, representaron hasta el año 2018 logros importantes en el acceso a la salud de la población migrante. Sin embargo, a partir de ese año se han generado dificultades, que principalmente se relacionan con obstáculos para que las personas en situación migratoria irregular y carentes de recursos puedan acceder a las prestaciones de salud pública. En el capítulo 4, se aborda de manera extensa este punto.

La migración como determinante social de la salud

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones en que las personas viven, trabajan y se desarrollan desde que nacen hasta que mueren. Es un enfoque importante para el análisis y trabajo en salud porque va más allá de las nociones de salud/enfermedad de índole biomédica, que invita a reflexionar sobre la incidencia que tiene en el estado de salud de las personas el sistema socioeconómico y político, además de la cultura y los valores imperantes en las sociedades.

En el caso específico de la migración, las condiciones en que se realizan los procesos migratorios son consideradas como parte de los determinantes sociales, debido a que pueden incidir de manera directa y gravitante en la salud de las personas que migran. Por ejemplo, si el contexto en que se realiza el tránsito migratorio es desfavorable, precario y/o violento, la salud física, mental y sexual de las personas puede verse afectada de manera profunda. Por otra parte, es importante considerar que aunque las condiciones del movimiento migratorio sean favorables se producen cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten de manera negativa o positiva en la salud de quienes migran y de las familias y comunidades que dejan (Cabieses et al., 2017).

Entre los factores estructurales y políticos que se relacionan con la migración internacional y que impiden que la salud de las personas migrantes sea concebida como un derecho universal, es relevante tomar en cuenta la falta de políticas migratorias integrales, desde una perspectiva de derecho, a lo que se suma la ineffectividad de políticas laborales y sociales que protejan los derechos de la población migrante y la generación de barreras institucionales que impiden o entorpecen la atención en salud.

Las distintas etapas que se producen dentro de los procesos migratorios también deben ser consideradas, ya que pueden implicar problemáticas específicas y/o la presencia de factores protectores que son importantes de conocer y respetar. Por ejemplo “antes de partir”

se deben considerar las condiciones de vida de las personas, las características políticas, sociales, culturales y económicas del lugar desde el que parte, además de sus propias características personales.

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

(Cabieses et. al., 2017, p. 34).

Otros momentos importantes son el “tránsito”, la “llegada” al lugar de destino y el “retorno” (cuando se produce). Para muchas de las personas que migran el “tránsito” es uno de los momentos más complejos, en especial si este se hace en condiciones de precariedad y se ven enfrentadas a políticas migratorias poco claras y restrictivas, situación que influye en que se eleve la realización de viajes clandestinos con los distintos riesgos que esto implica y el ingreso por lugares no habilitados.

La “llegada” se encuentra condicionada por la presencia o ausencia de posibilidades y de marcos legislativos favorables para instalarse e insertarse en el mundo laboral, así como mantenerse por mucho tiempo en un estatus migratorio irregular, como sucede en Chile, donde las personas migrantes se pueden mantener por largo tiempo en condiciones laborales inestables y abusivas, situación que se extiende a las dificultades para acceder a una vivienda y a servicios básicos como educación y salud.

El “retorno” también es realizado en malas condiciones, como se ha visto durante el año 2020 en el caso de las personas que han tratado de volver a sus países por el contexto generado por la pandemia de COVID-19.

Uno de los principales obstáculos que impiden la inclusión de las personas migrantes y el cumplimiento de los derechos humanos son los discursos que existen contra la migración y prácticas discriminatorias en los países receptores, y Chile no es la excepción. Múltiples estudios y encuestas en el país muestran la discriminación de que han sido objeto las personas migrantes: haber sufrido insultos sin motivo puntual, trato como delincuente, discurso que le quitan el trabajo a la población chilena, discriminación por el color de la piel, discriminación en la atención de salud (Alianza Comunicación y Pobreza, 2012). En la medida que estas prácticas se hacen repetitivas y permanentes, se pueden materializar en manifestaciones de violencia física, psicológica y vulneración de sus derechos.

La exclusión social de la población migrante es más profunda que la del resto de las personas, pues no solo abarca la situación económica deprivada, sino también de la idea de ciudadanía, en otras palabras de sus derechos y libertades (Zepeda y González, 2019).

Por otro lado las desigualdades de género, afectan a las mujeres migrantes quienes se ven expuestas a situaciones de abusos y violencia. La división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres el cuidado familiar y de salud, así como las labores domésticas del hogar que se conoce como trabajo no remunerado, dificultan la inserción laboral de las mujeres y las posibilidades que dispongan de autonomía económica. Este trabajo no remunerado incide también en una mayor desprotección social, tasas de desempleo y mayores empleos informales, discriminación de salarios, desigualdad en el acceso y uso de recursos productivos y una mayor desprotección en la vejez (Cepal, 2016).

En el contexto migratorio, la desigual distribución del trabajo condicionada por el género se intersecta con el nivel socioeconómico, estatus migratorio, nacionalidad, origen étnico, produciendo una división internacional del trabajo reproductivo, segmentación laboral de acuerdo al país de origen y cadenas internacionales de cuidado (RIMISP y MinMujeryEG, 2017).

Interculturalidad en salud

La interculturalidad ha sido una estrategia que debiera tomarse en cuenta para el trabajo en salud, siendo un pilar del actual modelo de salud familiar, ya que permite visibilizar la diversidad cultural que existe dentro del país, valorizar prácticas y sentidos distintos, construyendo experiencias opuestas a los discursos de odio y rechazo.

Hay diversos enfoques acerca de cómo se entiende el concepto de interculturalidad. El más tradicional es el que releva la multiculturalidad de un país y valoriza el aporte y encuentro cultural en la diversidad entre diferentes grupos, como pueblos originarios, migrantes y nacionales. En este sentido, se entiende la interculturalidad como la inclusión de perspectivas, prácticas y creencias de múltiples culturas existentes en el país (MINSAL/DIVAP y Fundación EPES, 2016) con el objetivo de incorporarlas en la estructura social, a través de procesos de diálogo, tolerancia y convivencia.

Tal acepción reconoce y promueve el contacto e intercambio entre las culturas que han convivido históricamente en un territorio, pero no se hace cargo de los contextos de poder, dominación y colonialidad con que se lleva a cabo esta relación. Así mismo muchas veces estos enfoques invisibilizan los procesos sociales, políticos y económicos que posicionan a una cultura como inferior a otra (Walsh, 2009).

El concepto de interculturalidad, desde esta perspectiva crítica, está en construcción y parte reconociendo que la diferencia se origina por estructuras sociales coloniales y raciales, que jerarquizan a los grupos, algunas personas estarían en la parte superior (por lo general blancas y con recursos económicos) y otras como los pueblos indígenas y afrodescendientes en la parte inferior. Así la interculturalidad puede ser una herramienta pedagógica al servicio de movimientos sociales y de grupos discriminados para transformar estas estructuras y relaciones sociales que generan la desigualdad, aportando a la construcción de sociedades más justas e inclusivas (Walsh, 2009) y a reaprender a leer la realidad, como dice Paulo Freire. Estos grupos deben ser los protagonistas de estos procesos, aportando a la reconstrucción de una nueva visión y proyecto de sociedad desde la base.

La salud en un concepto amplio, entendida desde una visión integral y holística, comprende que el estado de salud de las personas está vinculado a sus relaciones sociales, emocionales y espirituales, es así como las creencias, costumbres e historias van construyendo las formas de entender el cuidado de la salud (MINSAL/DIVAP y Fundación EPES, 2016). Para tal efecto en los territorios se debe abordar la interculturalidad promoviendo la inclusión social, entendiendo que hay expresiones culturales diversas acerca de cómo se entiende la salud y su cuidado, por lo tanto no hay una cultura mejor ni superior que otra.



3.

ANTECEDENTES SOBRE LOS PROCESOS MIGRATORIOS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA EN CHILE. TRANSFORMACIONES Y TENSIONES

En el país se aprecia desde 2010 un aumento sostenido de la población inmigrante. Entre ese año y 2017 llegó al país un 66,7% de las personas inmigrantes internacionales residentes actualmente, situación que ha incidido en la percepción de que es un “fenómeno explosivo” y en el predominio de discursos tanto en el ámbito oficial, como en los medios de comunicación que hablan de la inmigración como un problema y de las personas inmigrantes como una amenaza a la seguridad y estabilidad económica. Esta realidad afecta en particular a personas que provienen de algunos países, como República Dominicana, Colombia y Haití, y afrodescendientes, generándose procesos de discriminación y racialización¹ que no son visibles para la mayoría.

De acuerdo a datos entregados por el Centro de Estudios Públicos (CEP) en su libro “Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional” (Aninat y Vergara, eds., 2019), los cambios producidos por los procesos migratorios de la última década muestran cifras sin precedentes en la historia reciente. En 2006, la estimación de inmigrantes internacionales residentes fue de 150.000 personas, mientras que para el 2017 alcanzó 800.000, y para los años siguientes 2018 y 2019 más de 1.000.000. Sin embargo, a pesar de la percepción de “fenómeno explosivo”, la población migrante residente todavía es menos de un 10% de la población total del país, representando en 2019 un 7,8% (SMJ, 2020).

Según estimaciones entregadas por el gobierno, al 31 de diciembre de 2019 residían en Chile un total de 1.492.522 inmigrantes internacionales (INE/DEM, 2020), situación que muestra un proceso que ha ido en alza y que ha variado de manera rápida y significativa durante los últimos años, produciéndose un aumento en más de 200.000 personas en relación al 2018, cuando la cifra fue de 1.250.365 de inmigrantes (INE/DEM, 2020).

Un aspecto relevante es que han sido procesos en los que predomina la migración dentro de la región, siendo

caracterizada principalmente como una migración “Sur – Sur”. Para el caso de Chile se considera que alrededor del 90% de las personas inmigrantes vienen desde otros países de América Latina y el Caribe (Aninat y Vergara, eds., 2019), adquiriendo importancia tanto la inmigración de personas que llegan directamente a Chile para instalarse de manera definitiva, como los movimientos transfronterizos en los que se han producido hechos dramáticos de personas varadas y abandonadas en la frontera norte. Durante el año 2019 ocurrió con personas y familias provenientes de Venezuela (que cruzaron por varias fronteras de la región) y en 2020 con personas y familias de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela que se encontraban en Chile y que en el contexto de la pandemia por el COVID-19 están intentando regresar a su país.

Otro aspecto importante es que este flujo migratorio “Sur – Sur” ha tendido también a caracterizarse por el traslado desde los países con menores índices de desarrollo hacia los países con mayores indicadores de desarrollo, situación que hizo que Chile se volviera un destino requerido dentro de las trayectorias migrantes. Realidad que se ha topado con las profundas dificultades que hay en el país para la inserción de la mayoría de las personas, pues Chile es altamente desigual, en el que operan distintas formas de segregación, que obstruyen el acceso a servicios básicos como: seguridad social, vivienda, salud, educación y trabajo digno. Sin embargo, las profundas problemáticas que presentan parte importante de los otros países de la región posibilitan considerar que la presencia de inmigrantes internacionales continuará en el país, aunque falta todavía saber cómo afectará en los flujos migratorios hacia Chile el estallido social de octubre de 2019 y la pandemia de COVID-19, que registró el primer caso en el país el 3 de marzo de 2020.

Los movimientos migratorios de las últimas décadas han tendido a considerarse más complejos y diversos que los que se produjeron durante el siglo XX. Algunos de los

¹ En el caso de Chile es posible apreciar diversas formas de invisibilización, exclusión, discriminación, exotización (entender lo negro como exótico, atemporal y descontextualizado) e hipersexualización de la negritud.

elementos en que se basa esta percepción es que tanto la globalización, como la consolidación del capitalismo en su versión neoliberal han incidido de manera fuerte en las necesidades de traslado de las personas y en la generación de diversas formas de precarización de la vida que a la vez se vinculan con las nociones de “gobernanza” o “securitización”² de los flujos migratorios. Se produce la paradoja de que se acepta la movilidad de personas en la medida que ésta favorece al sistema económico, pero no se asegura a esas personas una vida digna, ni derechos en tanto migrantes, transformándose en trabajadoras y trabajadores fuertemente explotados/as y discriminados/as, sometidas a formas de trabajo intensivas, que en muchos casos recuerdan al trabajo forzado y que operan como si las personas fueran desechables. Junto con esto se cruzan otros factores como las guerras (internas y externas), las crisis políticas, económicas, alimentarias, ambientales y sanitarias que han terminado por “expulsar” a parte importante de la población mundial.

En este contexto, la movilidad humana se produce por distintos motivos siendo en algunos casos permanente, pero también en otros circular³ o temporal,⁴ predominando la migración por razones laborales sea cual sea el carácter del flujo migratorio. Es importante profundizar miradas que apunten a los cruces e intersecciones entre las distintas situaciones, como son el desplazamiento forzado por razones de seguridad y sobrevivencia, donde se vuelven cada vez más importantes las crisis socioambientales, las personas que migran en calidad de refugiados/as, la migración circular y la migración transfronteriza. Por ejemplo, algunos estudios señalan que la migración de personas de Bolivia al norte de Chile, en particular de

mujeres que se desempeñan en el área de cuidados, tiene las características de migración circular, pues pasan una cantidad de tiempo en Chile, tres meses por ejemplo, sin sacar visa de trabajo y sin instalarse de manera permanente (Leiva y Ross, 2016).

¿De dónde vienen y quiénes son las personas que migran a Chile?

Una de las transformaciones que se ha producido durante los últimos años es el cambio en la importancia de los países de procedencia. Si bien, la inmigración peruana sigue siendo muy importante en Chile ha perdido el papel predominante que tuvo hasta hace algunos años. Los países con mayor presencia en 2013 eran Perú, Argentina y Colombia, en cambio en los años 2018 y 2019 eran Venezuela, Perú y Haití, quedando Colombia en cuarto lugar y Argentina en sexto, Bolivia está en el quinto lugar (INE/DEM, 2020).

De acuerdo a los datos proporcionados por el Servicio Jesuita a Migrantes, en su Anuario 2019, entre los años 2018 y 2019 las personas que emigraron desde Venezuela, Perú y Haití hacia Chile representan más del 50% del total de las personas inmigrantes residentes. Las variaciones entre la cantidad de personas inmigrantes de Venezuela, Perú y Haití son las siguientes (SMJ, 2020):

	2018		2019	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Venezuela	288.940	23,1	455.494	30,5
Perú	224.494	18,0	235.165	15,8
Haití	178.980	14,3	185.865	12,5

² Las nociones de la migración como un proceso que debe ser regulado, seguro y ordenado viene de estas matrices.

³ Migración circular: se relaciona a las personas migran por cierta cantidad de meses sin establecerse definitivamente en el lugar de destino y sin abandonar de manera definitiva el lugar de origen, es un tipo de desplazamiento que puede tener características cíclicas y repetitivas. Este término también se ha usado para graficar la situación del capital humano avanzado (académicos, científicos, técnicos, etc.) que mantienen estadías de mediano y largo plazo en distintos territorios.

⁴ Migración temporal: se asocia a los movimientos migratorios que tienen una motivación y un carácter específico y transitorio, por ejemplo, por motivos de estudios o laborales, pero que implican el retorno al país de origen y/o el desplazamiento a otros país.

Otro aspecto importante sobre el cambio en los países de origen de las personas inmigrantes es que, entre los años 2018 y 2019, el alza de la llegada de personas haitianas se frenó por la promulgación durante el gobierno de Sebastián Piñera de políticas restrictivas y discriminatorias, generándose a la vez un aumento significativo de los inmigrantes provenientes de Venezuela, con la llegada de unas 300.000 personas en el último período, de las cuales un grupo importante son los llamados “caminantes venezolanos/as”. Se trata de personas que vienen a pie y que han pasado por otras fronteras antes de llegar a la frontera de Chile con Perú, donde han recibido una respuesta lenta y burocrática, alejada de cualquier estándar de derechos humanos y con el incumplimiento de los ofrecimientos del gobierno de Chile de ayudar a los procesos de reunificación familiar. Otro aspecto distintivo es que la inmigración venezolana ha adquirido un carácter familiar.

En cuanto a la relación entre hombres y mujeres, la tendencia es una mayor cantidad de hombres. En 2019, un 51,2% de los inmigrantes internacionales fueron hombres y un 48,8% mujeres, sin embargo también se hace notar que se registró una leve baja en el índice de masculinidad: el 2018 fue de 106,4 hombres por cada 100 mujeres, y en el año 2019 de 104,8 hombres por cada 100 mujeres (INE/DEM, 2020). A pesar de ser menor la cantidad de mujeres que migran, se considera que se ha producido una “feminización de la migración” en la región, hecho que se refleja en el aumento de la llegada de mujeres, la mayoría en edad reproductiva, lo que representa desafíos específicos para el trabajo en salud y en equidad de género.

Cerca del 60% de las personas inmigrantes internacionales residentes en Chile se encuentran en edades que fluctúan entre los 20 y los 39 años, siendo una población más bien joven (INE/DEM, 2019 y 2020).

En relación a los ingresos que percibe la población inmigrante se evidencian diferencias según la naciona-

lidad. Se estima reciben en promedio un ingreso per cápita del orden de \$394.371, mientras que las y los inmigrantes haitianos de \$193.634 (Censo, 2017),⁵ lo que les sitúa en una condición de mayor precariedad y probablemente de mayores dificultades para acercarse a los establecimientos de salud, por el tipo de formas y horarios de trabajo que tienen.

Cambios culturales, discriminación y migración

Los cambios sociales y culturales que se han producido a partir del aumento de la población inmigrante, se expresan en percepciones ambivalentes de este fenómeno, pues si bien se tiende a valorar la diversidad cultural y los aportes que realizan al país, existe a la vez la idea de que la migración puede ser una amenaza para obtener oportunidades laborales, además de la asociación entre migración enfermedades y delincuencia. Al respecto, los resultados de la Encuesta Nacional de Opinión Pública (N° 79), efectuada por el Centro de Estudios Públicos (CEP) para el período abril – mayo de 2017 señalan que un 41% de las personas encuestadas están de acuerdo y muy de acuerdo con la afirmación que “los inmigrantes elevan los índices de criminalidad”, y un 40% está de acuerdo y muy de acuerdo con que “los inmigrantes les quitan los trabajos a las personas nacidas en Chile”.

De acuerdo al estudio “¿Cómo se percibe la inmigración en Chile?” realizado en octubre de 2019 por la empresa Activa Research, un 31% de las personas encuestadas señaló estar de acuerdo o muy de acuerdo con la inmigración, mientras que un 47% manifestó estar muy en desacuerdo y en desacuerdo. En una línea similar, de las personas encuestadas un 51% expresó que la inmigración es negativa para el país y un 29% que es positiva. Las razones dadas para una evaluación positiva y negativa fluctúan entre las nociones de que la migración es favorable en la medida que aumenta el intercambio cultural y social, produciendo mayor diversidad (46%), mientras que las negativas se concentran en la percepción de que la migración aumenta el desempleo

⁵ Datos proporcionados por Luis Eduardo Thayer, en presentación realizada en EPES.

de las personas nacionales (54%) y que aumenta la delincuencia (36%).

Los datos entregados por Activa Research son similares a los levantados por Ipsos y Espacio Público en el estudio “Chilenas y chilenos hoy. Desafiando los prejuicios, complejizando la discusión” (2019). En este caso, un 53% de las personas encuestadas manifestó que la migración es positiva porque aporta diversidad y otros beneficios sociales, mientras que un 43% consideró que es dañina porque aumenta los problemas sociales. En cuanto a las preocupaciones de las personas encuestadas ante la migración destacan: que aumente la inseguridad, el tráfico de drogas y la delincuencia (59%), que lleguen enfermedades nuevas (54%), que haya menos puestos de trabajo para la población nacional (46%) y que aumente la cantidad de personas con acceso a la salud pública (que ya se considera insuficiente para la población chilena) (43%).

Otros datos importantes sobre las percepciones de la migración son los aportados por el Anuario del Servicio Jesuita a Migrantes (SJM, 2019), en el cual se señala que el año 2018 un 75% de la población consideró que la cantidad de migrantes es excesiva, mientras que en 2019 esa apreciación fue de 70%. Sin embargo, en ambos años hay una cantidad mayoritaria de personas (87%) que consideraron que nunca o casi nunca han tenido experiencias negativas con personas migrantes. Estas cifras muestran un contraste significativo entre las experiencias cotidianas con las personas migrantes y una percepción negativa que puede tener más bien relación con los discursos por parte del gobierno y los medios de comunicación.

Sobre las razones para migrar, los datos entregados por el estudio de CADEM y Migrante Sociedad Financiera “Inmigrantes en Chile: estilos de vida” (agosto, 2019) indican que un 61% de las personas migrantes encuestadas lo habían hecho para buscar una mejor calidad de vida. En relación a sus experiencias en

Chile, un 47% manifestó que las personas chilenas son discriminadoras con los/as inmigrantes, y un 54% que algún chileno/a había tratado de abusar por su condición de migrante.

En el informe “Inmigración y discriminación en Chile” (2017) elaborado por el Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca, un 57,6% de las personas migrantes entrevistadas manifiestan haber vivido por lo menos un tipo de agresión directa, entre las que se encuentran: haber tenido que escuchar chistes sobre las personas extranjeras (82%); haber recibido comentarios desagradables (64,7%); y ser mirado/a de manera desagradable por ser una persona extranjera (63,7%).

El país de origen incide en las vivencias de discriminación. Según los datos del Servicio Jesuita a Migrantes, un 50% de migrantes provenientes de Colombia se ha sentido discriminado/a, situación que también ha sido percibida por un 47% de personas migrantes de Haití, de los cuales un 41% señala que ha sido por el color de piel y un 39% por ser migrante (SJM, 2019, p. 42).

Datos sobre la población migrante en la comuna de El Bosque

La Región Metropolitana se mantiene con la más alta concentración de población migrante a nivel país, la que de acuerdo a datos del INE (2018, Tabla N° 61) para el año 2017 se estimaba en unas 486.568 personas inmigrantes residentes, de las cuales 4.130 habitan en la comuna de El Bosque, representando un 2,6% del total de la población residente en la comuna.⁶

Sobre la situación en que se encuentran las personas migrantes de la comuna de El Bosque en relación a la atención en salud, según datos entregados por la Dirección de Salud Municipal (DISAM), en 2018 había un total de 3.302 personas migrantes inscritas en los centros de salud de atención primaria, de las cuales 1.310

⁶ Ver, <http://www.censo2017.cl/inmigracion>

corresponden a personas haitianas (DISAM El Bosque, 2018), es decir un 40,93% que se distribuyen en los seis Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna. Esto ha significado un desafío particular porque es una población que presenta mayores dificultades en el acceso y adherencia a las prestaciones y servicios que entrega la red de atención primaria presente en la comuna. La distribución de personas haitianas inscritas por cada CESFAM es la siguiente:

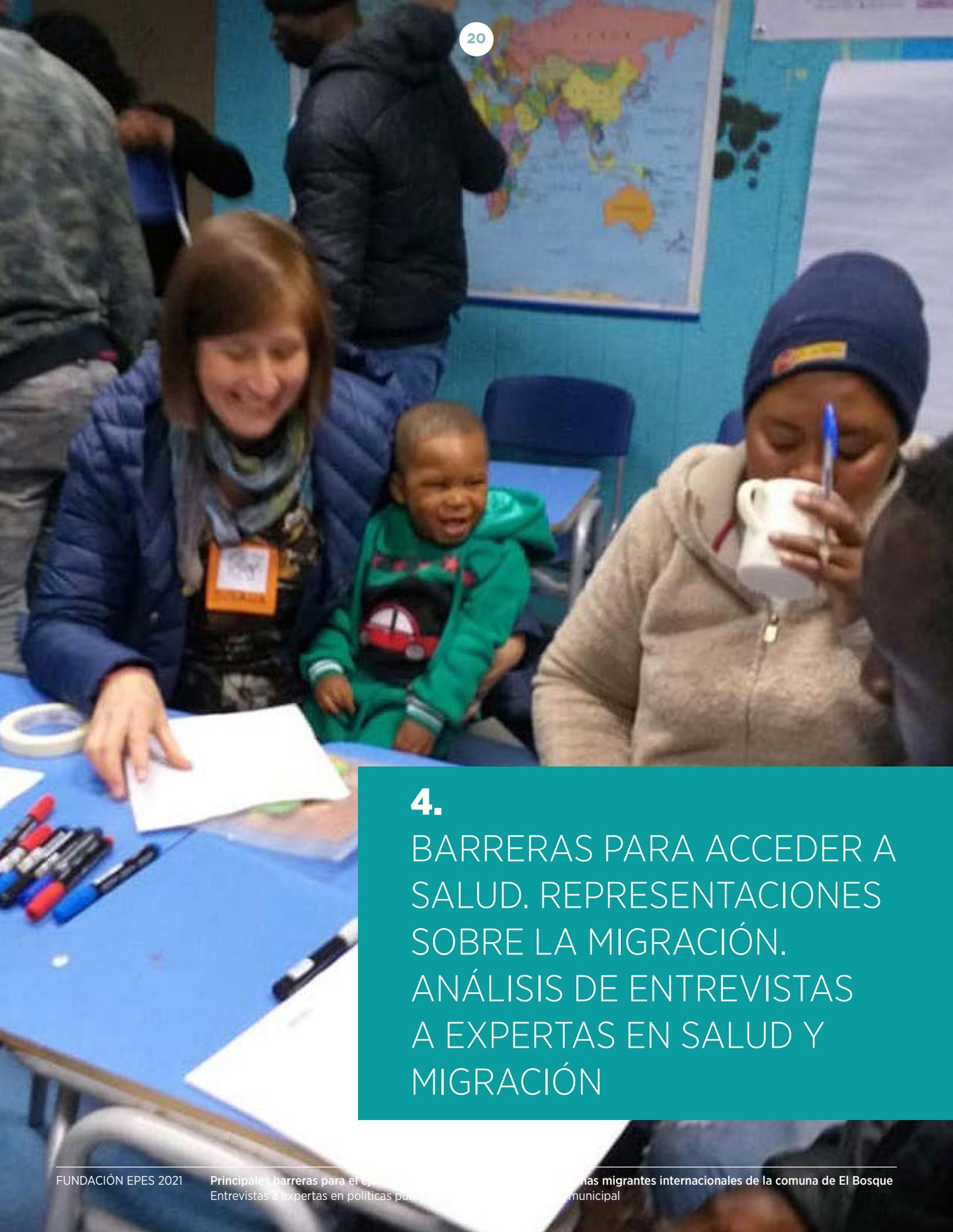
CESFAM	N° personas haitianas inscritas	%
Mario Salcedo	660	50,4
Carlos Lorca	327	25,0
Haydeé López	139	10,6
Orlando Letelier	63	4,8
Santa Laura	67	5,1
Cóndores de Chile	54	4,1
TOTAL	1.310	100

(Cuadro realizado a partir de información proporcionada por la Dirección de Salud de la comuna de El Bosque, 2019)

La mayor concentración de personas migrantes haitianas se encuentran en el sector 1 de la comuna El Bosque, el cual corresponde al territorio del CESFAM Dr. Mario Salcedo, que es una de las áreas más pobres de la comuna.

De acuerdo a los datos del CENSO 2017, en la comuna de El Bosque el promedio de edad de las y los migrantes internacionales es de 32 años, lo que habla de una presencia importante de población adulta joven, que representa desafíos importantes para la atención en salud, pues son personas que pueden contar con poco tiempo para acceder a la atención primaria y en el caso de las mujeres es posible considerar que una parte significativa de ellas se encuentra en edad reproductiva. Otro dato importante es que los años de escolaridad promedio entre la población inmigrante mayor de 25 años es de 10,9 en El Bosque (CENSO, 2017).





4.

BARRERAS PARA ACCEDER A SALUD. REPRESENTACIONES SOBRE LA MIGRACIÓN. ANÁLISIS DE ENTREVISTAS A EXPERTAS EN SALUD Y MIGRACIÓN

Esta parte del informe se construyó a partir de la sistematización y análisis de tres entrevistas efectuadas durante el año 2019 a funcionarias de salud involucradas en el diseño e implementación de políticas públicas de salud hacia la comunidad migrante, del Ministerio de Salud (MINSAL), del Servicio de Salud Metropolitano Sur, al que pertenece la comuna de El Bosque, y del Hospital Alberto Hurtado, de la comuna de San Ramón.

4.1. Barreras institucionales que afectan el ejercicio de los derechos humanos y los derechos en salud de las personas migrantes

Las expertas identifican una serie de barreras institucionales desde el sector salud y el Departamento de Extranjería (DEM) que obstaculizan el pleno ejercicio de los derechos humanos y del derecho a la salud de la población migrante, las que a continuación se analizan por separado.

Barreras del ejercicio de derechos producto de las políticas migratorias

En los últimos años, Chile ha experimentado un flujo migratorio en constante ascenso. La población migrante ha aumentado en el país, especialmente de Haití y Venezuela. “Hoy, cerca de un 90 por ciento de los inmigrantes que hay en Chile provienen de América Latina y el Caribe. Los flujos migratorios de la última década se deberían fundamentalmente a dos fenómenos: el país proyecta al exterior una imagen de éxito en lo económico y tiene el ingreso per cápita más alto de América Latina” (Aninat y Vergara, eds., 2019).

Al asumir el gobierno de Sebastián Piñera (2018), se produjeron cambios en las políticas migratorias que acrecentaron los principios de seguridad y control que históricamente han tenido, en función de instalar el discurso que para tener una migración “segura y ordenada” es necesario frenar algunos flujos migratorios, en particular los que se producen entre personas de la región.

Es así como durante el 2019 se aprecia una disminución de ingresos por pasos autorizados que venían en aumento, como es el caso de la población procedente de Haití y Venezuela. Tal proceso es debido al cambio de requisitos para la entrada al país de turistas de estas nacionalidades, ocurridos en abril de 2018 para personas de Haití y en junio de 2019 para personas de Venezuela. Así también se notifica un aumento de ingresos al país por pasos no habilitados, concentrando el período 2018 - 2019 un incremento de un 51.4% comparado con la década anterior, debido a los rechazos de ingresos por pasos habilitados de población mayoritariamente venezolana (SJM, 2019).

En la actualidad no se entrega visa turista para personas dominicanas (política instalada desde el primer gobierno de Sebastián Piñera). Las personas haitianas y venezolanas la tienen que traer desde su país.

En general, el proceso de regularización es extremadamente complejo, al existir una gran cantidad de tipos de visa que obstaculizan la obtención de la visa definitiva. La visa de residencia temporaria dura un año y hay que renovarla. La falta de regularización mantiene la situación de vulnerabilidad de las personas y de desigualdad de acceso a derechos respecto de la población chilena. En la medida que la población migrante obtiene su regularización, puede acceder a derechos sociales y de salud que mejorarán su calidad de vida convirtiéndose este proceso en un factor que contribuye a proteger la salud de las personas migrantes.

Barreras del ejercicio de derechos producto de cambios en la normativa de salud

Los cambios en las políticas de migración y el discurso público en contra de la población migrante produjeron modificaciones en las políticas de salud que se venían implementando, lo que ha significado un retroceso que ha obstaculizado el acceso a la atención de salud y el ejercicio de derechos. En la trayectoria de la política pública en salud y su evolución, uno de los hitos fue la dictación del Decreto N° 67 que facilitó el acceso a la salud de la población documentada e indocumentada,

desvinculando la condición migratoria (sea ésta regular o irregular) para el ejercicio del derecho a la salud.

En septiembre del 2014 se constituyó en el Ministerio de Salud el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes que contó con representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud, cuyo objetivo fue el desarrollo de la Política de Salud de Inmigrantes Internacionales.

A partir de este trabajo se hace una revisión de la normativa en salud, donde destaca el Decreto N° 67, además se impulsa el Piloto de Salud de Migrantes en las comunas de Arica, Antofagasta, Iquique, Recoleta y Santiago, que buscó reducir barreras de acceso a la salud. Durante dicha experiencia piloto se promovió la capacitación y sensibilización del personal de salud en el fenómeno de las migraciones internacionales y los derechos humanos. El 2017 se consolidó este proceso con la formulación y lanzamiento de la “Política de Salud de Migrantes Internacionales” del MINSAL.

En este contexto, se vio la necesidad de que los servicios de salud debían tener un referente del trabajo con migrantes. Con las experiencias recogidas a partir del Piloto de Salud Migrante se intenciona la estrategia de tener facilitadores/as interculturales tanto en la atención primaria como en hospitales, pero no hubo recursos suficientes para cubrir toda la demanda. El Decreto N° 67, más la circular N° 4 (que es una especie de manual sobre las distintas posibilidades y casos), se concibió desde la perspectiva de derechos, produciendo un cambio en la mirada:

“Las personas migrantes tienen derechos, no es que usted les está haciendo un favor, las personas son personas, da lo mismo la condición migratoria, todos tienen derecho a acceder a la atención en salud. Dejar los prejuicios en la casa.”

(Entrevista N° 8).

La política de salud de migrantes internacionales se basa en valores de acogida e integración, y fue producto de un proceso largo, según lo relatado por las entrevistadas, en el cual se avanzó en la promulgación de mecanismos normativos, además de la realización de la experiencia piloto. En opinión de las entrevistadas todos los avances aportaron a la construcción de un camino hacia el derecho en salud de las personas migrantes y de homologar sus derechos respecto de la población nacional en un marco de derechos humanos.

¿Cómo opera el Decreto N° 67?

- Las personas sin Rol Único Nacional, RUN, en situación de irregularidad y carentes de recursos tienen derecho a usar este procedimiento.
- Se envía a FONASA un formulario, que es el mismo formulario que se usa para las personas chilenas.
- Se debe adjuntar un documento que certifique la residencia de la persona (una cuenta de servicios básicos o certificado de residencia de la junta de vecinos/as).
- Tener un documento de identificación como el pasaporte. Si no tienen ningún documento de identificación se puede recurrir a un informe social emanado por un/a trabajador/a social y se certifica a la persona como indocumentada total.
- Esta documentación se escanea y se envía a FONASA, luego FONASA envía el número de RUN provisorio⁷ que permite que las personas migrantes puedan acceder a las prestaciones de los servicios de salud públicos.
- La persona queda cubierta por FONASA en el tramo A.

De acuerdo a las entrevistadas, el periodo desde febrero del año 2019 a la fecha se caracteriza por un retroceso de la política pública en salud, en cuanto a lo que se había avanzado en el gobierno anterior (se refieren al segundo gobierno de Michelle Bachelet) y un debilitamiento de las acciones a todo nivel, sumado a un discurso público

⁷ El RUN provisorio de FONASA dura 3 meses y es renovable.

que conceptualiza los procesos migratorios como una amenaza y los enmarca dentro de una estrategia de seguridad.

En la práctica, las entrevistadas señalaron que algunos servicios de salud empezaron a manifestar que les rechazaban en FONASA la entrega del RUN provisorio, y que además de los papeles que ya se solicitaban, se empezó a pedir que las personas agregaran la tarjeta de turismo que entrega la Policía de Investigaciones (PDI) al entrar a Chile, requisito que nunca estuvo expresado en la circular y que deja fuera a las personas que ingresan por pasos no habilitados. Es así como FONASA empezó a discriminar a aquellas personas que llevan menos de 90 días en Chile, negando el acceso a RUN provisorio, dejándolas fuera de la posibilidad de acceder a atención en salud gratis en los servicios públicos.

A juicio de las entrevistadas, dicha situación generó mucha tensión y confusión en los equipos de salud, algunos se resistieron y decidieron no enviar la tarjeta de turismo, ya que no era un requisito de la normativa vigente. Desde el otro lado, FONASA señaló que no se entregarían RUN provisorios si no se adjuntaba la tarjeta de turismo de la PDI, publicando un dictamen donde se señala explícitamente que el Decreto N° 67 no era para turistas y que a menos que comprueben sus intenciones de residencia en el país, las personas tienen que pagar la atención en salud de manera particular. Tal medida ocurrió en pleno flujo migratorio venezolano, debido a la crisis que enfrenta ese país. En definitiva, en la actualidad existe un choque entre las normativas de salud, donde tiene más peso el dictamen de FONASA, aún cuando las indicaciones del Servicio de Salud Metropolitano Sur son que no se puede negar la atención a nadie.

Según la información recogida, las personas calificadoras/as previsionales explícitamente “no los atiendan”. Se volvió a la situación inicial, que la atención de salud depende de la voluntad del personal de salud. En la práctica, se logró que FONASA dejara de exigir

la tarjeta de turista que entrega la PDI, porque algunos servicios de salud dejaron de enviarla, sin embargo ambas normativas siguen vigentes.

Uno de los problemas que se produjo es que en el área de salud la entrega del RUN provisorio quedó en manos de FONASA y no directamente en el MINSAL, en cambio el que se proporciona a niñas y niños para ingresar al sistema de educación lo administra el Ministerio de Educación.

Impacto de los cambios de normativa y del discurso público hacia la población migrante

A partir de los hechos antes descritos, las entrevistadas infieren que a los servicios de salud no está accediendo un porcentaje importante de población migrante, la que está en situación de mayor marginalidad y que con el cambio de discurso tiene miedo de ser expulsada del país. Además internamente en el Ministerio de Salud se produjeron cambios. Antes de 2018 el programa de migrantes dependía de la División de Políticas Públicas (DIPOL), desde un enfoque de derechos en salud. Durante el segundo gobierno de Sebastián Piñera el programa pasó a depender de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades, donde se concibe a las personas migrantes como vectores de enfermedades.

A nivel local, la percepción de las entrevistadas es que los municipios han sido abandonados desde el nivel central en relación al acompañamiento en las políticas públicas hacia la población migrante, cuestión que constituye un retroceso. Se plantea que el vínculo con los municipios debería ser coordinado desde la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE). Ante la ausencia de lineamientos, las acciones a nivel local quedan sujetas a la voluntad política de los alcaldes y alcaldesas. Este escenario es extremadamente complejo, ya que el municipio es el primer contacto de las personas con el Estado y con el acceso a derechos sociales y civiles.

4.2 Barreras y discursos asociados a la migración como determinante social de la salud y su interacción con otros determinantes sociales

Desde una mirada amplia de salud, más allá de una visión biomédica, los determinantes sociales de la salud y el vínculo entre ellos inciden en el acceso y adherencia a los servicios de salud, así como al estado de salud de las personas que vienen desde otros países. Trabajar desde este enfoque permite ir abordando los ejes de desigualdad que afectan a la población migrante, especialmente la haitiana, identificando los determinantes estructurales de la salud que fueron descritos por las entrevistadas.

Discriminación, racismo y xenofobia

La principal barrera identificada por las entrevistadas tiene relación con la discriminación, el racismo y la xenofobia que aparece fuertemente en el discurso público en contra de la migración, que permea a la población usuaria de los centros de salud, los medios de comunicación y al sector salud, quienes aún no entienden la migración como un proceso social.

Algunas situaciones señaladas por las entrevistadas y que grafican esta problemática son las siguientes:

- En contextos como el actual, donde aumentan las restricciones para ingresar al país y predomina un discurso público en contra de la migración, siendo uno de los mensajes que quienes “no se hayan regularizado serán expulsados”, las personas se sienten con mayor libertad para abusar de quienes migran. Un ejemplo que evidencia esto es que en sectores como la población El Manzano, de la comuna de San Bernardo, se ofrecía -a través de carteles- arriendo solo a personas haitianas. Lo que hace pensar que la oferta es de habitaciones y viviendas precarias, por las que se cobran arriendos sobrevalorados.
- La población nacional usuaria de un CESFAM agredía a las personas migrantes que llegaban a la fila en la mañana, porque “les estaban quitando sus horas”. La discriminación puede que no sea así de violenta en todos los lugares, pero existe; y no está solamente fuera del establecimiento de salud sino que también adentro.
- Las situaciones más graves se traducen en abusos de poder, vulneraciones de los derechos en salud y de los derechos humanos que han llegado hasta el fallecimiento de personas, como la muerte de niños/as en hospitales, muerte de mujeres migrantes, retención del certificado del parto, inscripción de niños/as de migrantes nacidos/as en Chile como hijo/a de extranjero/a transeúnte, retención administrativa en un hospital de una mujer migrante embarazada que no tenía con que pagar, etc.⁸

Los acontecimientos antes descritos son en extremo graves y resulta inaceptable que continúen ocurriendo en los servicios de salud. Se trata de violaciones a los derechos humanos a la población migrante, que acrecientan su vulnerabilidad y exclusión social, precarizando sus condiciones de vida y obstaculizando su acceso a la salud.

Cultura y valores

Las entrevistadas identifican también barreras en torno a la falta de comprensión de la cultura y valores de la población migrante procedente de Haití, que se relacionan con concepciones acerca de la salud, prácticas y tratamientos distintos a los habituales y aceptados entre la población chilena, que exige sean abordados desde una concepción amplia e intercultural de la salud por parte de los equipos.

Un ámbito importante en el que se producen estas diferencias se vinculan con la salud sexual y reproductiva, que es uno de los tipos de atención a que más acuden las mujeres migrantes. De acuerdo a lo expresado por las

⁸ Las situaciones mencionadas han ocurrido en distintos servicios de salud del país.

entrevistadas, algunos aspectos en los que es importante prestar atención son: el uso de anticonceptivos, el embarazo y la lactancia.

- **Métodos anticonceptivos.** Algunas migrantes haitianas prefieren métodos inyectables antes que los orales. Entre las razones se encuentra la concepción de “no intoxicarse el cuerpo”, que se asocia al acto de ingerir pastillas. Otro mecanismo de anticoncepción muy utilizado es el preservativo, dado que en Haití ha habido una fuerte promoción y entrega de este método para la prevención del VIH. También se identifican algunas prácticas en común con la comunidad mapuche en términos de algunos ritos y uso de hierbas. En lugares donde existen programas de salud y pueblos indígenas se dialoga mucho más y se han logrado identificar más puntos de encuentro en esa relación.
- **Control del embarazo.** Algunas mujeres embarazadas migrantes entran más tarde al control del embarazo que las mujeres chilenas, por lo que es necesario indagar sobre el sentido cultural que hay de fondo. Una posible explicación es que, de acuerdo a la experiencia en su país, al médico se acude cuando la persona se siente enferma, no cuando está sana para control, y el embarazo no es una enfermedad. Además, puede ser que no conozcan las prestaciones en salud a las que tienen derecho las embarazadas en Chile.
- **Lactancia materna.** En Haití la lactancia materna exclusiva no es tan habitual, debido a que muchas mujeres tienen que retornar al trabajo pronto, fundamentalmente en empleos independientes. Es así como la crianza se vive en forma más colectiva que en Chile. El tema del peso del recién nacido/a es sinónimo de bienestar y de salud, por lo tanto sienten que solo la leche materna no va a ser suficiente alimento. Es así como algunas mujeres empiezan a incorporar desde pequeños/as otros alimentos más sólidos. Esto ha impactado a algunas matronas y médicos, a propósito de que a veces se le da miel a los bebés. El tema de la lactancia materna es donde más se ha apreciado la distancia cultural entre mujeres migrantes y el personal de salud, ya que

existen construcciones sociales distintas de la forma, periodicidad y tipos de alimentos que se proporciona a los/as recién nacidos/as.

Otros ámbitos mencionados por las entrevistadas en los que se expresan diferencias en torno a las concepciones y formas de enfrentar los problemas de salud son los siguientes:

- Se detecta que hay migrantes haitianos con importantes problemas de **hipertensión arterial**, que parece estar asociado a un consumo diferente de la sal en su alimentación. Parte de sus costumbres alimenticias, por ejemplo, es que el agua tenga sal, o beber un café con sal para la pena y angustia. Aunque no hay claridad sobre las causas de la hipertensión en esta población, coincide con estudios cuyos resultados muestran que un 33% de migrantes haitianos/as entre 24 a 44 años ya presentaban esta patología, a una edad más temprana que la población chilena y con índices más altos (Fuster, Francisco, et al., 2020).
- En Haití existe la mezcla y el uso de la medicina alópata con el vudú, donde este último es entendido y practicado desde la espiritualidad, más allá de la noción estereotipada que se tiene sobre el vudú vinculado a la magia negra, que es una construcción errada y occidental de lo que es esta práctica popular.
- Se percibe menos uso de medicamentos que la población chilena, se usan mayormente hierbas para solucionar problemas de salud.

Dificultades del equipo salud para incorporar enfoques interculturales en salud

Uno de los problemas para enfrentar estas brechas culturales, según las entrevistadas, es la falta de apertura y conocimiento del equipo de salud respecto de otros sistemas sanitarios y de otras formas de concebir la salud, distintas a las que se practican de manera hegemónica en Chile.

Existe desconocimiento de lo que significa el eje de interculturalidad en el modelo de atención de salud actual, siendo que debiera estar integrado en los servicios de salud ya que es uno de los pilares para el

trabajo con los pueblos originarios y no es un tema nuevo. Esta impericia se traduce en una debilidad para implementar el modelo de salud con enfoque de determinantes sociales e interculturalidad. Un desafío es cómo desde las prácticas cotidianas, el enfoque se hace parte de los procesos de inducción y de los protocolos en los servicios de salud.

De acuerdo a la percepción de algunas de las entrevistadas, los equipos de salud no saben cómo tener un diálogo intercultural real. La cultura sanitaria es autoritaria y se aprecia como la alternativa correcta y única, situación que va más allá de los/as prestadores/as de salud, pues se ha instalado de manera estructural en las distintas instituciones vinculadas con la prestación de salud.

“Estos flujos migratorios y lo que ha sucedido con ellos es que han generado mucho rechazo, resistencia y dificultad. Recién en la actualidad los equipos de salud se están preguntando, ¿A lo mejor ellos funcionan distinto?, ¿A lo mejor lo hacen distinto?, ¿A lo mejor hay que probar de otra manera?”

(Entrevista N° 11).

Migración como determinante social de la salud

La diferente posición de poder que tienen ciertos grupos de la población en la estructura social va creando ejes de desigualdad que afectan la calidad de vida y salud de estas personas. En este sentido y como ya hemos señalado, la migración es uno de los determinantes sociales de la salud por las condiciones a las que se ven expuestas las personas que migran desde el origen del viaje, trayecto y destino.

Según las entrevistadas, el impacto de la migración sobre la salud de las personas cuando han llegado a Chile tiene que ver con las siguientes situaciones:

- La urgencia por conseguir regularización en el país y tener un trabajo para poder sobrevivir hace que **la**

preocupación por la salud no esté en la primera línea de las necesidades de la población inmigrante. En este ámbito, puede estar operando el llamado “efecto del migrante sano”.

“En Chile, se ha reportado el efecto del “migrante sano”, esto se evidencia en una población que en promedio reporta mejores resultados de salud que la población nacida en Chile. Sin embargo, este efecto desaparece en migrantes en vulnerabilidad social y en quienes llevan más de 20 años viviendo en Chile” (MINSAL et. al, 2018, p. 25).

- Se detectan **problemas importantes de salud mental.** Son personas que están enfocadas en trabajar, por lo tanto no solicitan atenciones de salud mental. Se señalan problemas graves como niveles altos de angustia, crisis psicóticas, algunos intentos de suicidio, niños/as con crisis de salud mental. En algunas pueden influir las expectativas cuando se producen proyectos migratorios que no resultan como la persona esperaba, como por ejemplo, la presencia de una enfermedad que dificulta trabajar. Esta percepción coincide con datos que sugieren niveles importantes de ansiedad y depresión, sobretodo en población migrante que lleva menos de un año en Chile, por múltiples causas como el estrés del cambio, la incertidumbre de tener trabajo y haber dejado la familia, un clima más frío, la barrera del idioma y situaciones discriminación racial (Fuster, Francisco, et. al., 2020).
- Se **evidencian enfermedades ligadas a la mala alimentación,** casi desnutrición, debido a niveles de pobreza extrema que se vinculan con las malas condiciones de las viviendas a las que acceden.
- Las **personas que recién llegan al país no se sienten, ni se les hace sentir como sujetas de derechos,** lo que las deja en una situación más vulnerable para distintos tipos de transgresiones y abusos. Aquí hay una debilidad del Estado por hacer cumplir e implementar tratados internacionales sobre migración y derechos humanos.

- La situación de **desigualdad que afecta a niños/as migrantes es abismante** en todos los indicadores. Acceden a menos atención de salud que niños/as chilenos de la misma edad. En relación a la educación hay una brecha de acceso de 7 puntos porcentuales en menores de 18 años hijos/as de mujeres migrantes, comparados con hijos/as de chilenos/as. Respecto del indicador de pobreza multidimensional existe una brecha de 11 puntos porcentuales en el grupo etario de 0 a 17 años, entre población nacional y migrantes, de 23% y 34 % respectivamente (MINSAL et. al., 2018), configurándose a temprana edad ejes de desigualdad que deben ser abordados por las políticas públicas.

Desigualdades de género

Las desigualdades de género se expresan en el menor acceso de las mujeres migrantes al espacio público y en el hecho de ser las principales responsables del cuidado de niños/as pequeños/as y de las labores domésticas. También se han reportado situaciones de inequidad que se relacionan con la vivencia de la sexualidad en función de las demandas masculinas y de situaciones de control y violencia de género.

Según las entrevistadas, algunas mujeres tienen menos posibilidades de socializar que los hombres, quienes generalmente están fuera del hogar ya sea porque trabajan de manera dependiente o independiente. Habitualmente las mujeres están más en el espacio privado, incluso en el caso de las que trabajan de manera asalariada, pues de todas maneras siguen siendo las principales responsables de la reproducción de la vida. Por lo general, se entiende que son los hombres quienes deben proveer los medios de subsistencia, aunque se hable de una feminización de la migración esto no siempre significa que se transformen las estructuras asociadas a los roles tradicionales de género. Debido a las menores posibilidades de socialización y al machismo que impera en la cultura chilena y haitiana, las mujeres haitianas hablan mucho menos el español que los hombres o los/as niños/as, dejándolas sin autonomía en el manejo del idioma y con menos posibilidades de acceder a un trabajo remunerado.

Una problemática que fue relevada por una parte importante de las entrevistadas tanto en el ámbito nacional como local, es la detección de situaciones de violencia hacia las mujeres por parte de sus parejas, y que la respuesta de la institucionalidad a esta problemática ha sido muy deficiente. Consideran que “no hay cómo dar respuesta desde la institucionalidad”, pues no se han entregado orientaciones claras al respecto, a pesar de existir un instrumento específico, como es el caso del “Convenio de Colaboración y acción conjunta entre el Ministerio del Interior y el Servicio Nacional de la Mujer” del año 2009, a través del cual se busca facilitar la atención de las mujeres migrantes que viven violencia independientemente de su situación migratoria.

“Recuerdo una vez en la urgencia de El Pino (Hospital), una chica que había llegado por violencia, entonces no la querían llevar a la sala de constatación de lesiones porque como era negra no se le notaban los moretones. En este caso puntual la referente migrante del hospital estaba absolutamente clara y logró que le hicieran la constatación de lesiones. Ella estuvo hasta las doce de la noche tratando de buscar qué hacer con ella. Finalmente le encontraron un lugar donde se podía quedar, pero después de hablar con un fiscal.”

(Entrevista N° 11).

En este caso concreto, existe una clara vulneración de derechos, desconocimiento, negligencia y racismo en la atención de salud, donde quien finalmente resuelve la situación fue la referente migrante del hospital, quien logra articular una respuesta y encontrar un lugar seguro donde poner a la mujer a salvo. Esto releva la importancia de la existencia de instituciones y funcionarios/as de salud que conozcan y pongan en marcha protocolos de detección, atención y protección en situaciones de violencia de género.

La sexualidad es otro ámbito donde se manifiestan las desigualdades de género. Un caso que ilustra es el testimonio que compartieron de una mujer que en

un taller contaba que desde que le habían puesto el implanon⁹ en el centro de salud (que es el mecanismo de anticoncepción más ocupado en estos días) tenía menos deseo sexual y esto le traía una complicación, ya que su marido le pedía tener relaciones sexuales todos los días. Ella sentía que tenía que responder, generándole problemas con la pareja. Cómo se abordan este tipo de situaciones es un desafío que debe ser trabajado, pues muchas veces el discurso y las acciones se quedan solo en la noción de que las mujeres migrantes no conocen o no les gusta usar métodos anticonceptivos, sin profundizar en sus razones y experiencias.

Las entrevistadas identifican determinantes sociales intermedios que reflejan las condiciones en que viven y trabajan las personas, producto de las desigualdades de la estructura social.

Condiciones laborales

La precariedad y la informalidad en el trabajo son parte de las condiciones laborales que enfrentan la población migrante. Se reportan situaciones de abuso laboral en materia de horarios de trabajo, condiciones y salarios. Por ejemplo, a las personas migrantes que están con contrato, algunos/as empleadores/as no les explican que pueden tener derecho a FONASA. En este sentido, hace falta información a la población migrante sobre los derechos laborales a los que pueden acceder y condiciones de seguridad para la prevención de riesgos como uso de cascos, zapatos de seguridad, entre otros.

“A los servicios de salud llegan personas migrantes con accidentes provocados por malas condiciones laborales (amputaciones, fracturas, caídas de altura). En general, ninguna de estas situaciones es declarada como accidente laboral, porque son trabajadores informales y mayoritariamente hombres.”

(Entrevista N° 10).

La población migrante presenta altos índices de cesantía, que está ligada al tiempo de residencia en Chile. La cesantía de población migrante que llegó antes de 2016 alcanza un 6,7%, mientras que la que arribó al país después de ese año tal porcentaje se duplica con un 12,8% (SMJ, 2019).

La falta de acceso al trabajo impide la inserción social y la posibilidad de generar ingresos suficientes para mantenerse, sostener a la familia y/o enviar remesas de dinero al país de origen, quedando en una situación de desamparo y condiciones de pobreza.

Condiciones de la vivienda

Las condiciones de la vivienda muchas veces son precarias, identificándose en los territorios casas donde habitan varias familias de migrantes en condiciones de hacinamiento, muchas veces con niños/as pequeños/as. Algunos/as han fallecido trágicamente en incendios en sus viviendas por las deficientes conexiones eléctricas. Así también se cometen abusos en el cobro de arriendos que exceden el valor real de las viviendas.

Los índices de hacinamiento de las personas migrantes son preocupantes por el riesgo sanitario que implica. Un 18% de quienes cuentan con visa de residencia temporal o definitiva viven en condiciones de hacinamiento. Esta cifra sube a un 28% entre la población migrante que está en situación de irregularidad (SMJ, 2019). Se observa también la formación de barrios de migrantes “guetos” en algunas comunas, que hace que no haya una convivencia cotidiana entre población migrante y chilena.

Organización y oferta de los servicios de salud

Una parte importante del estado de salud de la población migrante tiene que ver con la organización y oferta de los servicios de salud y con cuanto han logrado incorporar una visión de derechos en salud y un enfoque intercultural para abordar las brechas de acceso.

⁹ Implante anticonceptivo insertado por debajo de la piel del brazo de una mujer con el fin de prevenir el embarazo y que funciona por tres años consecutivos.

Las entrevistadas identifican brechas de acceso en los siguientes aspectos:

- Como mayoritariamente la población migrante es joven y necesita acceder a trabajo trata de mantenerse sana para no faltar, por lo que pospone la consulta médica. Muchos de ellos/as acceden al servicio de salud de urgencia cuando están enfermos/as o con cuadros avanzados de enfermedades crónicas.
- Algunas mujeres embarazadas acceden más tarde al control de embarazo. En Haití hay atención en salud, pero no existe la atención primaria como la chilena. Si bien hay hospitales públicos, la mayoría de los partos ocurren en el hogar. Los partos que ocurren en los hospitales se terminan pagando y las cesáreas son muy caras. El tema del control oportuno en el embarazo tiene que ver con el cumplimiento de metas y es una prioridad en la atención primaria. Como estas metas no se están cumpliendo, puede dar cuenta de resistencias de los equipos de salud con la población migrante o de la incapacidad de diseñar y llevar a cabo estrategias para abordar esta brecha.
- Los servicios de salud son verdaderos laberintos para las personas migrantes. La organización de los servicios de salud en los países de origen es distinta al chileno. Como ya se dijo, no existe un desarrollo de la atención primaria de salud, ni educación sanitaria, por lo que se necesita explicar cómo funcionan y se organizan los servicios de salud en Chile para facilitar el acceso a la atención y acortar esta brecha.
- Existe desconocimiento de las personas migrantes sobre los derechos en salud independiente de su situación migratoria. Algunos/as migrantes creen que hay que pagar siempre por la atención en salud, como ha sido detectado en población procedente de Venezuela y Colombia por las entrevistadas. Ante el aumento del discurso público en contra de la migración, la discriminación hace que las personas reaccionen con miedo por estar en situación de irregularidad, creen que pueden ser denunciadas y enviadas de vuelta a su país. Esto les aleja de los servicios sociales y de salud, afectando el ejercicio de sus derechos.

- La población migrante tiene bajo acceso a servicios en salud mental. Los problemas de salud mental no son una prioridad de atención en Haití, ni tampoco en Chile. Es muy difícil el acceso a horas en salud mental. Normalmente cuando la gente accede es porque otra persona la lleva. No es que consulte o porque fue derivada de la atención primaria. Son episodios críticos que llegan a los servicios de urgencia, y la atención se brinda con mucha dificultad debido a que no hay manera de traducir o mediar. Esta brecha de acceso es clave, ya que la vulnerabilidad, segregación y exclusión social que vive la población migrante, el dolor emocional al estar lejos de su familia de origen y la falta de una red de apoyo tienen profundos impactos en su salud mental.

Parte clave de la organización de los servicios de salud y de la entrega de su oferta son los equipos de salud, donde también se identifican resistencias que dificultan el acceso de la población migrante. Según las entrevistadas esta resistencia se aprecia más en los hospitales y fue más fuerte al inicio de la implementación de la “Política de Salud para Migrantes Internacionales”. Aunque las resistencias han ido cediendo en la medida que existen normas que deben ser aplicadas y por los esfuerzos de capacitación y sensibilización que se han realizado en el marco de la política pública, en la actualidad siguen habiendo casos en que la atención en salud se sostiene en la buena voluntad de funcionarios/as, que es todo lo contrario a la perspectiva de derechos.

Otro aspecto identificado por las entrevistadas es que el personal de salud muchas veces no conoce cómo es el proceso migratorio, operando con fantasías y prejuicios en relación a cuanto se demora la obtención de las visas, los pasos necesarios para obtenerla, etc., lo que impide empatizar con los múltiples trámites, tiempo, recursos económicos y energía que deben destinar las personas para obtener visas temporales o definitivas, sin visualizar que el proceso de regularización es un factor protector de la salud.

También se aprecia como barrera la poca iniciativa y miedo del personal de salud para tomar acciones concretas, decisiones propias o buscar alternativas dentro de los servicios para superar barreras administrativas que impiden la atención en salud de la población migrante, existiendo poca flexibilidad en la aplicación de algunos procedimientos que tienen como resultado negar la atención de salud. Así también se han detectado situaciones en que se ha insultado a personas migrantes que buscan atención en salud, lo que representa un claro abuso de poder.

Redes sociales de apoyo

Las redes sociales son un importante apoyo para las personas que migran tanto en la partida, el trayecto e inserción en el país al que llegan. De acuerdo a la información recogida es posible señalar que la migración peruana es la más antigua y tiene más redes sociales de apoyo cuando llegan nuevos/as migrantes al país. En relación a la población venezolana, una parte arriba en muy malas condiciones de salud, pero tiene una red de apoyo social mayor, en cuanto a organizaciones e instituciones. Una parte importante de estos grupos logra insertarse rápidamente en mercados laborales, ya que presentan mayores niveles de educación que otros grupos de la región. La población haitiana es la que está en peores condiciones en términos de su inserción económica y social, debido al racismo y la barrera idiomática, teniendo menos redes de apoyo.

Participación y organización de la población migrante

En general se considera que en la mayoría de los territorios existe un bajo nivel de participación y organización de la población migrante y en el caso de las organizaciones existentes tiende a producirse la rotación de sus integrantes, así como una baja visibilización de las demandas y problemas que les afectan.

De acuerdo a lo señalado, el Servicio de Salud Metropolitano Sur ha abierto cupos para organizaciones

migrantes en el consejo de la sociedad civil, donde existen distintos estamentos; y uno de ellos es población migrante. Al momento de la entrevista no habían postulado organizaciones, no se sabe si es porque no se enteraron o si es porque no existen. En la comuna de El Bosque solo se conoce una organización que es la Unión de Haitianos por el Progreso en Chile (UNHAPROCH) que es referente para el municipio, otras organizaciones mencionadas en la zona sur son: Amigos Migrantes San Miguel (AMIGRA) y otra en la comuna de Lo Espejo.

Desde el Servicio de Salud mencionaron que se ha propuesto que en las mesas territoriales se convoque a población migrante. De acuerdo a lo informado, en la comuna de Pedro Aguirre Cerda hay una mesa territorial de un CESFAM compuesta solo de personas migrantes. Se ha estado promoviendo la integración a partir de actividades colectivas, pero ha sido difícil la participación de las organizaciones de migrantes porque además las organizaciones de salud en Chile son fundamentalmente de personas adultas mayores, que funcionan en un horario donde la población migrante trabaja.

4.3. Percepciones sobre la personas migrantes y la atención en salud

Existe una serie de percepciones y prejuicios en relación a la población migrante, que se convierten en barreras que obstaculizan la atención, fomentando la discriminación y estableciendo juicios categóricos acerca de las personas que impide al personal de salud empatizar con las distintas formas de vulnerabilidad social que les afectan. Algunas de estas percepciones y juicios se encuentran presentes en los discursos públicos contra la migración que son promovidos por el gobierno y los medios de comunicación masivos.

Algunos de los discursos y percepciones que las entrevistadas han encontrado entre el personal de salud son las siguientes:

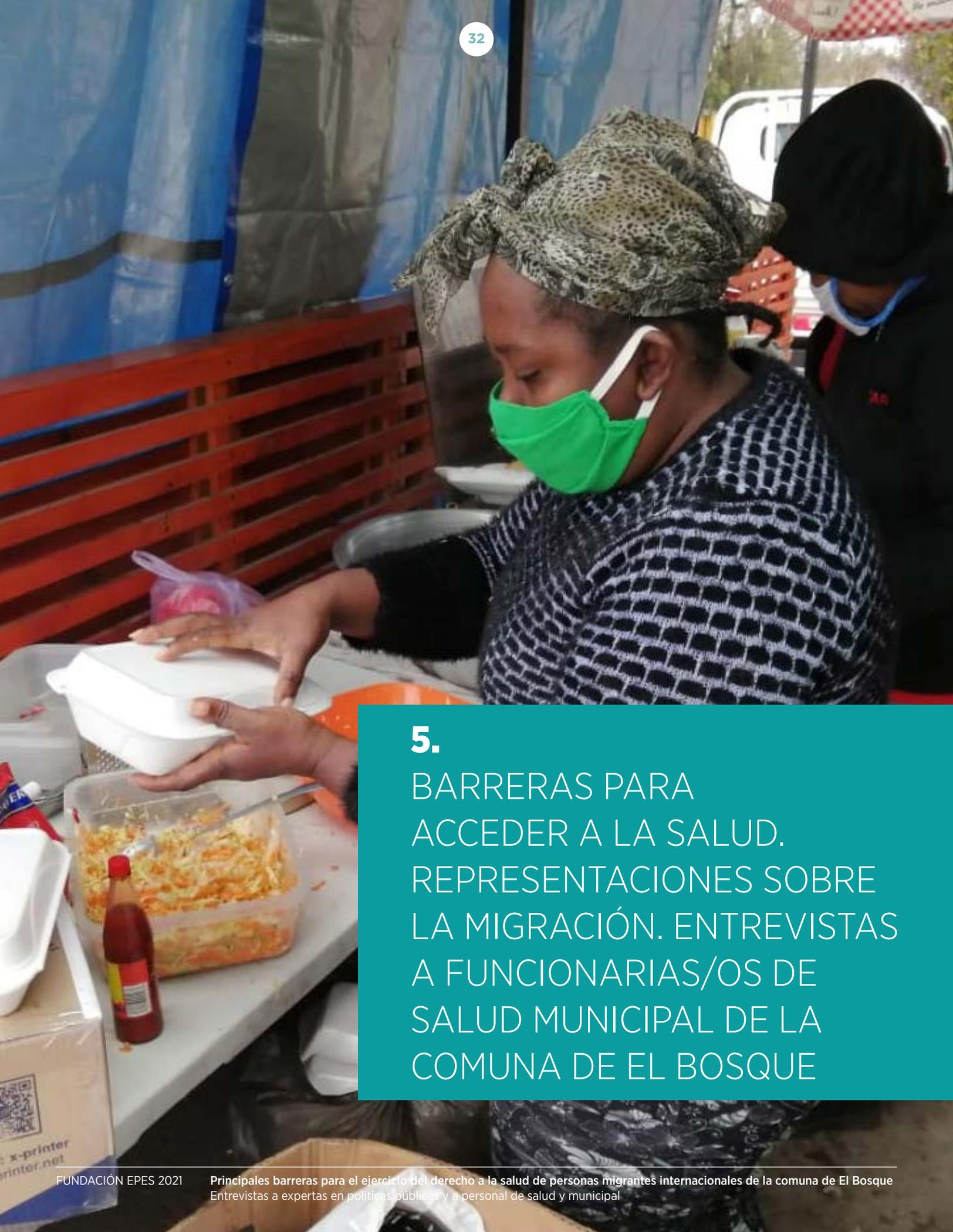
- Las mujeres migrantes vienen a tener hijos/as a Chile para obtener beneficios y solicitar visa temporal.

- Hay una invasión masiva de migrantes en el país, cuando en realidad la cifra de migrantes en Chile es comparativamente más baja que en otros países, alcanzando en la actualidad un 7,8%, es decir, 1.492.522 de personas (SMJ, 2019).
- Traen enfermedades a Chile, son vectores de transmisión.
- Van a desfinanciar el sistema público. Esto es falso, el RUN provisorio es para favorecer el acceso a la salud de la población migrante, pero también para respaldar a los servicios de salud, ya que permite que las prestaciones sean pagadas.
- A propósito de que existe una tasa mayor de natalidad en la población migrante, en relación a la chilena, se hacen juicios lapidarios sobre esta situación y sobre las pautas de crianza. Por ejemplo de las mujeres migrantes se dice, “para que se embarazan”, “no

tienen apego”, “son malas madres”, “no amamantan”. Hay falta de empatía también con las mujeres que han venido a Chile dejando a sus hijos/as en el país de origen, haciendo juicios sobre su rol de madre en este contexto, expresado en discursos como “las chilenas nunca harían eso”, siendo incapaces de ponerse en el lugar de la otra persona.

Estos discursos muestran una construcción social de la maternidad que se concibe como universal e idealizada, realizando críticas que muchas veces van desde las mujeres trabajadoras de la salud a las mujeres migrantes, efectuando cuestionamientos que se ubican desde una idea de superioridad moral que deja de lado la posibilidad de abordar estas situaciones desde una perspectiva intercultural y de género que incorpore la posibilidad de revisar de manera crítica sus propias concepciones.





5. BARRERAS PARA ACCEDER A LA SALUD. REPRESENTACIONES SOBRE LA MIGRACIÓN. ENTREVISTAS A FUNCIONARIAS/OS DE SALUD MUNICIPAL DE LA COMUNA DE EL BOSQUE

Esta parte del informe ha sido construida a partir de la sistematización y análisis de siete entrevistas efectuadas durante el año 2019 a funcionarias y funcionarios municipales de la comuna de El Bosque.

Las personas entrevistadas fueron: dos personas de la Unidad de Salud Comunitaria de la Dirección de Salud Municipal (DISAM); una agente comunitaria del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Santa Laura; una facilitadora/mediadora intercultural haitiana de la DISAM de El Bosque que rota entre los distintos CESFAM y apoya a otros servicios de la comuna; tres personas de la DIDECO, incluida su directora; la abogada y coordinadora en ese momento del Centro de Desarrollo Integral Mujer y Género de la comuna; y otras dos facilitadoras/mediadoras interculturales haitianas,¹⁰ de las cuales una se desempeña en el edificio municipal central canalizando las consultas de las personas migrantes de Haití que no hablan español y una facilitadora/mediadora intercultural haitiana de la OMIL.

A modo de visión panorámica sobre las políticas implementadas por el gobierno local de la comuna de El Bosque, las barreras se relacionan con la falta de un organismo o programa centralizado que dirija y articule la política municipal, si bien hay iniciativas importantes que han buscado facilitar la comunicación y la entrega de información a las personas migrantes a través de la presencia de las facilitadoras/mediadoras interculturales haitianas en distintos ámbitos del quehacer municipal, la cual ha sido una estrategia que se tiende a evaluar de manera positiva. En el caso específico del sector salud cuentan con dos facilitadoras/mediadoras, pero solo una de ellas (la facilitadora entrevistada) se ha mantenido en el tiempo. De acuerdo a la información recogida en las entrevistas, cabe destacar que esta

misma funcionaria apoya al Centro de Desarrollo Integral Mujer y Género, facilitando la traducción en el caso de mujeres haitianas que han solicitado apoyo o que han sido derivadas por otros servicios, como salud, por situaciones de violencia de género.

Según lo reportado por la encargada de la DIDECO, no existe en la comuna una oficina o programa específico dirigido a las personas migrantes, pero el trabajo es coordinado a través de una Mesa de Trabajo Intersectorial en la cual participan: salud, educación y el municipio (a través de DIDECO). La mesa llevaba funcionando un año y medio al momento de la entrevista. Durante el año 2020 y en relación a los problemas generados por la pandemia de COVID-19, el municipio designó una encargada del trabajo con la población migrante, con quien se tiene contacto desde el mes de junio, compartiendo información y coordinando algunas de las acciones de apoyo solidario que se han realizado desde Fundación EPES a las personas migrantes de la comuna.

Continuando con la información recabada durante el año 2019, una de las proyecciones que se tenían en la comuna para el trabajo con las personas migrantes es la generación de un programa en el que se pueda articular la entrega de apoyo legal e información, situación en la que se ha avanzado con la designación de una persona encargada. Sin embargo, no se tiene claridad sobre si este programa ya se instaló o se encuentra aún en proceso de implementación, pues las políticas municipales también se han visto fuertemente afectadas y redireccionadas por la pandemia. En cuanto a los principios que rigen la intervención con personas inmigrantes en la comuna, se indicó que les interesa generar un programa que opere de manera transversal, es decir en todas las oficinas y programas municipales a partir de un paradigma humanista que marca la ruta de la gestión local, con la cual se busca que la gente viva mejor en la comuna y que la migración no sea vista como un problema.

¹⁰ De acuerdo a la información recogida en la comuna de El Bosque se encontraban generando el tránsito para que las facilitadoras haitianas cumplieran un rol de mediación que fuera más allá de la sola traducción, es por esto que nos referiremos a ellas indistintamente como facilitadoras y como facilitadoras/mediadoras.

“... para nosotros no es un problema, son personas y nuestro paradigma es humanista, siempre yo me acuerdo del paradigma porque tal vez uno suene reiterativa, pero eso es lo que te marca la ruta en la gestión y cómo lo generan los programas a propósito de aquello. El Censo nos vino a sellar una realidad que es compleja para una persona cuando vive en una habitación de 3 x 3 y viven ocho y no estoy exagerando. Es complejo vivir así, cómo podemos colaborar nosotros en tanto gestión local con las herramientas que tenemos para que la gente viva mejor, ese es el paradigma que tenemos, por lo tanto cómo podemos abordar y cómo podemos hacer que la migración no sea un problema, sino que sea esta diversidad que enriquezca más los temas de El Bosque...”

(Entrevista N° 12)

El siguiente capítulo aborda de manera más específica las barreras para el acceso a la salud de las personas migrantes identificadas a partir del análisis de las entrevistas.

5.1. Barreras institucionales que afectan el ejercicio de los derechos humanos y los derechos en salud de las personas migrantes en el ámbito local

Según lo señalado por las personas entrevistadas de la DISAM de El Bosque, se pueden identificar por lo menos dos etapas en relación a las características y formas de enfrentar desde el sector salud el arribo e instalación de una mayor cantidad de personas migrantes en la comuna. En este contexto, señalan que hace unos 3 años (aproximadamente se refieren al año 2016) se produjo

una “primera etapa” en que fue sorpresiva e inesperada por la llegada de personas haitianas, situación que consideraron que la mayor barrera o dificultad fue el idioma, tanto por parte de personas haitianas como por el personal de salud.

La “segunda etapa” se ubica más o menos a partir del año 2018,¹¹ la cual se aprecia como un período más favorable, principalmente por la incorporación de dos facilitadoras haitianas que rotan por los CESFAM. En la actualidad, hay una mayor cantidad de personas haitianas que hablan español, además de una mayor apertura por parte de los funcionarios y funcionarias a la realización de acciones más diversas por parte de los Centros de Salud. La “primera etapa” fue vivida de manera más “angustiante”, pues no sabían bien qué hacer, en cambio la “segunda etapa” es percibida más tranquila, quedando como desafío el desarrollo de acciones preventivas, ante las que hay una percepción de poca adhesión por parte de la población migrante.

Una de las estrategias que se ha usado para enfrentar la barrera idiomática e implementar un mejor sistema de atención en salud para la población migrante de la comuna, en particular haitiana, de acuerdo a lo señalado en un conversatorio organizado por Fundación EPES en abril de 2019,¹² es a través de la postulación al Programa de Apoyo de Buenas Prácticas en Atención Primaria. El proyecto contempla la realización de acciones que apuntan a la intermediación idiomática y cultural, considerando la incorporación de las facilitadoras/mediadoras interculturales haitianas quienes apoyan en las atenciones en salud en los box, realizan visitas domiciliarias, participan de encuentros y operativos comunitarios y en talleres para mujeres gestantes vinculadas al programa Chile Crece Contigo. Se plantea que lleguen a cumplir un rol de mediación intercultural, además de aportar en la elaboración de material

¹¹ Esta época coincide con el lanzamiento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales el 2017.

¹² El conversatorio “Problemas para el acceso a la salud y vulneraciones de derechos de las personas inmigrantes en Chile” fue realizado el 17 de abril de 2019 en las dependencias de Fundación EPES en Santiago, participaron como exponentes: Solange Armijo, Agente Comunitaria y Referente de Salud Migrante del CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, Yury Bustamante del Colectivo sin Fronteras y Luis Eduardo Thayer académico y ex presidente del Consejo Consultivo Nacional de Migraciones.

informativo y educativo en creole, la sensibilización y capacitación del personal de salud y la generación de encuentros con la comunidad haitiana.

Otro aspecto importante es que desde el sector salud se constituye una Mesa de Salud Migrante que aglutina a los seis Centros de la Salud de la comuna, contando cada uno de ellos con un Referente de Salud Migrante.

En cuanto a las barreras para el acceso a la salud de las personas migrantes, las entrevistadas se refieren a la **falta de información** sobre los conductos y formas de funcionamiento del sistema de salud público y a que las personas migrantes tienden a llegar a la atención en salud cuando ya están enfermas, situación que se puede relacionar con el “efecto del inmigrante sano”. La mayoría de la población migrante son personas jóvenes, el promedio de edad en la comuna es de 32 años, y tienen por principal objetivo trabajar, muchas veces sus horarios laborales no son compatibles con los horarios de los Centros de Salud, además tienen dificultades para solicitar permiso para ausentarse del trabajo en el caso de quienes lo hacen de manera dependiente.

Entre las barreras también se señala **que falta que la DISAM implemente políticas preventivas dirigidas a la población migrante**, que hasta ahora han estado centradas en la atención de problemas de salud específicos. También existe la percepción, generalizada, que las personas haitianas no están acostumbradas a tener que pedir hora para lograr atención, lo que a veces incide en que pierdan las horas que consiguen para la atención en salud.

Un factor que podría ser interesante de considerar en cuanto a la pérdida de horas de atención -que se indica en otros estudios- es que las personas migrantes reportan que les cuesta más acceder a horas de atención. De acuerdo a los antecedentes recogidos en la “Política de Salud de Migrantes Internacionales” en base a los datos de la encuesta CASEN 2013, un 22,5% de personas migrantes dijeron que no habían podido acceder a la atención de salud por no conseguir hora, en cambio esta misma situación solo fue reportada por un 3,3% de las

personas nacidas en Chile (MINSAL et. al, 2018, p. 11). La obtención y/o pérdida de horas de atención aparece como un nudo que puede ser importante de revisar y monitorear.

La percepción de falta de información se extiende también a otros servicios locales, señalan que el contacto de las personas migrantes con el municipio se produce, por lo general, a partir de la búsqueda de información sobre los servicios y beneficios sociales a los que pueden acceder, en especial en materia de trabajo, vivienda, salud y educación. En este sentido, se menciona que la puerta de entrada de las personas migrantes al municipio, es a través de la búsqueda de subsidios, siendo principalmente a través de los sectores de salud y educación que acceden a los servicios municipales, situación importante de considerar pues son dos áreas en las que se ha posibilitado la generación de los llamados RUN provisionarios.

Un aspecto preocupante es que las personas migrantes que no tienen RUN, no pueden acceder a beneficios y subsidios locales por parte del Municipio, situación que se vuelve crítica en el contexto actual. Si bien en la comuna de El Bosque no hay una política punitiva hacia las personas migrantes en situación irregular, tampoco hay programas que las puedan apoyar más allá de la entrega de información y asesoría.

Respecto de la impresión de vulneración de derechos de las personas migrantes en el acceso a salud, las entrevistadas señalan que no han tenido antecedentes de casos puntuales de discriminación por parte de los equipos de salud, indicando que en la DISAM no han recibido denuncias al respecto. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que uno de los factores que hace que las personas migrantes se desincentiven en el uso del sistema de salud es precisamente por la vivencia de situaciones de trato discriminatorio y de racismo, además del desconocimiento de sus derechos y deberes en materia de salud o la interpretación restrictiva de estos que a veces se produce entre las y los funcionarios (MINSAL et. al, 2018, p. 11).

En términos generales, **la principal barrera identificada por las personas entrevistadas es el idioma en el caso de las personas de Haití**, la que se ha tratado de resolver a partir de la presencia de facilitadoras/mediadoras interculturales. Esta dificultad no solo se refiere a la posibilidad de contar con traducción, pues también que hay ocasiones en que a las personas les cuesta entender lo que se les está diciendo aunque se traduzca, situación que se puede relacionar con tener que enfrentar un sistema que funciona de una manera diferente y que tienen a la vez una forma de entender la salud distinta. Se mencionó que se trata que las horas de atención coincidan con los días que están las facilitadoras/mediadoras en cada Centro de Salud. La sensación de no ser entendidos/as o de no entender también es percibida por algunas personas migrantes como discriminación, a lo que se suma que hay personas que no saben leer, lo que dificulta que puedan comprender instrucciones escritas, como las recetas médicas u otros documentos.

“Es difícil encontrar un haitiano que te diga que no sabe leer. Hay quienes no saben leer pero no lo dicen, por ejemplo, a mí me pasó que traduje un documento y la matrona se lo entregó a una haitiana y ella dice que está mal y que no veía nada, me llamaron y me dijeron que había entregado un documento que estaba mal, que no se entendía. Yo tuve que llamar a otro haitiano para que lo leyera y explicarle a la matrona, y ahí la matrona se dio cuenta de que ella no sabía leer. Yo le pregunté si sabía leer y me respondió que no, porque no había ido al colegio porque su madre había muerto.”

(Entrevista N° 4).

A partir de los resultados de las entrevistas, un desafío es lograr que las personas migrantes puedan usar y navegar de mejor manera en el sistema de salud pública. Si bien el número de personas migrantes inscritas en los Centros de Salud de El Bosque es alto (3.206 personas al año 2018), esto no ha significado que se integren de manera plena en el conjunto de acciones de salud que se despliegan desde la institucionalidad, situación

que se produce de manera importante en las acciones preventivas de la Atención Primaria.

Llama la atención que las barreras identificadas por las entrevistadas se formulan desde la acción de las personas migrantes: les falta información, tienen barreras idiomáticas y pierden las horas de atención, y no desde el planteamiento de las dificultades que han tenido los servicios de salud para considerar las características de la población migrante y adecuar sus estrategias para facilitar el acceso a la salud. Esto se puede relacionar a que enfoques como el de determinantes sociales han sido difíciles de instalar en la Atención Primaria.

5.2. Barreras y discursos asociados a la comprensión o falta de comprensión de la migración como determinante social de la salud y su interacción con otros determinantes sociales

En las entrevistas realizadas se reconocen por lo menos cuatro factores críticos que afectan en la calidad de vida de las personas migrantes que residen en la comuna de El Bosque: falta de acceso a la vivienda, al trabajo, pautas de alimentación y la barrera idiomática. A lo que se agrega, en el caso de las mujeres migrantes, la vivencia de distintas formas de violencia de género y las dificultades para que puedan acceder e integrarse a los programas específicos que tiene al respecto el Centro de Desarrollo Integral Mujer y Género.

Acceso a la vivienda

El acceso a la vivienda es una problemática que se extiende a una parte importante de las personas migrantes que residen en Chile, situación que se vuelve crítica en el caso de quienes cuentan con menos recursos económicos y se encuentran en situación migratoria irregular, pues deben enfrentar un mercado que no tiene ningún tipo de regulación y que suele tornarse abusivo tanto en las condiciones de las habitaciones, como en los

precios para arrendar una vivienda, que por lo general es más bien una pieza. Tampoco hay medidas específicas para favorecer el acceso a subsidios de vivienda, lo que implica que para muchas personas resulta imposible poder adquirir una vivienda en el mediano o largo plazo.

La percepción general en la comuna es que la población haitiana residente se encuentra en una situación compleja de hacinamiento. Por ejemplo, se mencionó que en algunos sectores de la comuna hay casas en las que viven muchas familias en condiciones de precariedad, situación que se vincula con los problemas para obtener trabajo.

“La condición de vivienda es muy crítica, uno puede entrar en una casa muy pequeña y muy sucia, y se puede encontrar con cinco inmigrantes en una pieza. Nosotros realizamos una visita domiciliaria y encontramos una casa donde vivían veinte haitianos que solo tenían un baño sin cocina, pero también encontramos algunas casas que están bien, sin embargo la mayoría no tiene una buena situación de vida.”

(Entrevista N° 4).

En cuanto a qué se podría hacer, una de las entrevistadas señaló que este es un ámbito en el que sería bueno que pudiese haber un mayor apoyo desde el gobierno local, en particular en lo referente a las malas condiciones y prácticas abusivas en que se producen los arriendos.

“Yo creo que el municipio hace todo lo que podía para ayudarle a ellos en materia de salud, pero si el municipio debería prestar ayuda en el tema de arriendos, por ejemplo que no se pueda arrendar a tantas personas en una sola pieza. En Haití de verdad no existe ninguna casa que tenga cinco o seis personas viviendo en una pieza, puede ser que dos o tres personas pero niños. No existe eso en Haití, aunque sea un país pobre.”

(Entrevista N° 4).

Una de las estrategias que se usa desde la Atención Primaria en Salud es la visita domiciliaria, que es, como ya se señaló, uno de los roles que cumplen las facilitadoras/mediadoras haitianas del sector salud, por lo que sus apreciaciones sobre las condiciones de vida y vivienda de las personas migrantes de la comuna son importantes de tomar en cuenta. Según lo relatado, estas visitas se realizan especialmente en el caso de las mujeres embarazadas.

“... siempre se le hace a las mujeres embarazadas para ver donde vive y las condiciones que tendrá el bebé cuando nazca, también alguna vez que la mujer nos contó que el marido la maltrataba y nosotros fuimos a la casa para darle una charla que su mujer es una persona.”

(Entrevista N° 4).

El apoyo en materia de acceso a vivienda digna, que no quede en manos de personas inescrupulosas y de un mercado que abusa de los diversos problemas que afectan a las personas migrantes se vuelve urgente en el país, en especial en el contexto actual de la pandemia por COVID-19 porque el hacinamiento y la falta condiciones sanitarias y de higiene es crítica en la propagación de la enfermedad.

Dificultades para acceder al trabajo asalariado

La falta de apoyo y fiscalización en materia de vivienda se relaciona de manera directa con las dificultades para acceder a trabajo, situación que a la vez se vincula con la barrera idiomática, a la que ya se ha hecho referencia, constituyéndose en problemáticas que son importantes de analizar a la luz del enfoque de los determinantes sociales de la salud, pues interactúan entre sí y afectan de manera importante en la salud y las posibilidades de desarrollo de las personas. En este sentido, no lograr obtener un trabajo estable con contrato, afecta en no poder postular a una visa temporal o permanente y por tanto no tener RUN, que implica tampoco poder acceder a políticas públicas, además de no contar los recursos económicos suficientes para acceder a una vivienda

o habitación digna por la precariedad de los salarios. Junto con esto, si son personas migrantes que no hablan español es mucho más difícil optar a un trabajo regular, a un salario justo, a políticas públicas y a leyes sociales.

De acuerdo a lo señalado en las entrevistas, existe la percepción de que la población migrante que reside en la comuna, en particular las personas haitianas, se ocupan principalmente en trabajos informales, como el comercio ambulante. Los otros colectivos de migrantes importantes en el ámbito local son los de personas que vienen de Perú y Venezuela, a quienes se les tiende a considerar en una mejor situación laboral que las personas haitianas, asociando esta diferencia al nivel educacional y la barrera del idioma. Sin embargo y dado que no se logró acceder a cifras comunales al respecto, ha sido difícil corroborar y profundizar en este tipo de informaciones. En cuanto al nivel educacional, cabe señalar que para las personas migrantes resulta muy difícil validar sus estudios en Chile, pues el sistema que se ha diseñado para ello es costoso y burocrático y quienes no tienen RUN no pueden hacerlo.

Un aspecto que no se menciona de manera explícita, por lo que no se sabe si está presente en los análisis y reflexiones que se hacen desde el ámbito local, es en relación a cómo opera el racismo en las posibilidades de acceso al trabajo en el caso de la población afrodescendiente. Al respecto, parece que este es un factor que condiciona las posibilidades de acceder a trabajo, produciendo un tipo particular de segmentación y jerarquización en torno a quienes acceden a trabajos formales e informales y de mayor o menor calidad, no parece casual que parte importante de la población migrante haitiana se encuentre en situación de informalidad. Se indicó que las personas haitianas son más “vistas”, sin explicitar por qué se les considera así, sin embargo, se puede inferir que se refieren al color de piel. En Chile se ha tendido a negar el racismo que se encuentra presente en actitudes que parecen tan simples como considerar a las personas migrantes más “vistas” que otras, sin mencionar cómo cada uno/a se acerca y entiende la negritud o cuáles son los prejuicios

y estereotipos que se tienen. Una de las entrevistadas haitianas señaló:

“En algunos trabajos uno llega y no te aceptan por ser negro.”

(Entrevista N° 4).

Según lo expresado en las entrevistas, parte importante de la población migrante no puede acceder o siquiera postular a la oferta laboral disponible. Por ejemplo, en la OMIL se trata de trabajos que requieren y tienen como exigencia hablar fluido español, además de contar con visa temporal o permanente, siendo la población haitiana la principal afectada. También se señaló que en la OMIL se realizan talleres de intermediación laboral, elaboración de currículos, remuneraciones, presentación a entrevistas de trabajo, donde ensayan cómo enfrentar una entrevista de trabajo.

Desigualdades de género, violencia y control

Como ya se ha señalado en los capítulos precedentes, las inequidades y las distintas formas de control y violencia que se producen a partir de las diferencias jerárquicas de género afectan de manera importante a las mujeres migrantes. La mayoría de las personas entrevistadas se refirieron a problemáticas de este tipo, por lo que resulta un factor relevante a tomar en cuenta en la generación de políticas y programas sociales y de salud.

La falta de redes de apoyo a las cuales acudir, la precariedad social y económica, no hablar español y encontrarse en situación migratoria irregular, junto con el machismo, el racismo y el clasismo que están presentes en la sociedad chilena y en el conjunto de la región, ponen a las mujeres migrantes en una situación de mayor vulnerabilidad hacia la violencia. En las entrevistas se advierte que esta situación es especialmente crítica en el caso de las mujeres haitianas.

Existe la visión de que las mujeres haitianas vienen de una sociedad en la que todavía se mantienen fuertes estructuras de control, violencia y discriminación, ancladas principalmente en las relaciones familiares

y de pareja, en las que hay expresiones de machismo que se manifiestan entre los hombres haitianos, que suelen ser también quienes tienen más vínculos sociales y hablan más español que las mujeres. Algunas de las entrevistadas que trabajan en la prevención y atención de la violencia de género, señalaron que se han visto enfrentadas a situaciones en que han tenido que llamar por teléfono a la familia de algunas mujeres haitianas para que les permitan participar en algunos programas o para tomar decisiones como irse a una Casa de Acogida. Estas son situaciones que eran desconocidas dentro del trabajo de programas como el Centro Integral Mujer y Género.

“Los niveles de violencia con las que nosotras recibimos a las mujeres o los niveles de riesgo son altos y vitales por lo general. Hemos hecho varios traslados también, la mitad, el 50% más, estos traslados a Casas de Acogida en caso de riesgo vital, fundamentalmente terminan en desertión. No hay adherencia al programa, ni a las Casas de Acogida (...) La barrera cultural es super importante, ellas se vienen a insertar a un sistema que es muy distinto. Partir desde promover el acercamiento al Centro de la Mujer a una atención para el abordaje de violencia ya es un cambio de paradigma, hemos tenido casos de mujeres que han tenido que llamar a Haití a sus familias para poder acceder al programa...”

(Entrevista N° 12).

De acuerdo a las percepciones que se han ido formando las entrevistadas, existe la idea de que las mujeres haitianas son más introvertidas, pues se han socializado a partir de nociones que dan predominancia a lo masculino, donde tienden a ser los hombres quienes tienen la “última palabra” y ellas deben acatar y ceder, lo que implica la posibilidad de que sus parejas ejerzan control y violencia sobre ellas. Por ejemplo, es recurrente que en el sector salud se señale que cuando las mujeres acuden a algún control médico son los hombres quienes hablan, aunque el personal se dirija a las mujeres,

situación que también se vincula con el manejo del español. En cuanto a la denuncia de las situaciones de violencia, indicaron que se les ha señalado que una vez que están casadas las mujeres haitianas consideran que no pueden denunciar a sus maridos.

“Cuando hay controles, por ejemplo vienen con la matrona, descubrimos que hay violencia, la haitiana no quiere decir que el marido le pega. También lo que hacen los maridos es acompañar a la mujer al control porque sabe que la matrona le va a preguntar si la golpean, al preguntar la mujer mira al hombre, y dice no, ahí me doy cuenta que algo está pasando, y ahí le pedí a la matrona que cuando haga ese tipo de preguntas le pida al marido que salga...”

(Entrevista N° 4).

Si bien, la violencia hacia las mujeres es un problema relevante y grave, también se indica que la cantidad de mujeres atendidas en los programas específicos al respecto es bajo, representando al momento de las entrevistas alrededor de un 7% del total de mujeres atendidas por el Centro Integral Mujer y Género. Hacia el año 2019 no eran más de 12 mujeres dentro del total que promedia entre 240 a 250 mujeres al año, haciendo notar que aunque la cifra es baja ha ido en aumento, pues hace algunos años no eran más de dos o tres al año. También han recibido mujeres en los talleres que realiza el Centro Integral Mujer y Género, pero el porcentaje también es bajo, alrededor de un 5%, y por lo general son mujeres de otras nacionalidades, no haitianas, pues ven en los talleres un apoyo en la búsqueda de trabajo, situación que se restringe mucho para quienes no hablan español. Otro espacio de formación ha sido a partir de la realización de acciones conjuntas con la DISAM, donde se han desarrollado talleres de sensibilización sobre la “Violencia hacia las Mujeres” con mujeres haitianas, en los cuales han tenido buena recepción, pero esto no se traduce en que participen de otras acciones del Centro.

En cuanto a las políticas públicas para prevenir, atender y reparar en casos de violencia de género, se considera que hay una serie de inadecuaciones y barreras que afectan principalmente a las mujeres haitianas. Se indicó que una de ellas es que las instituciones no se han adaptado lo suficiente, pues no han sopesado la importancia que tiene la familia, aunque esté lejos. Además del miedo a acercarse a las instituciones a partir de casos emblemáticos como el de Joan Florvil,¹³ que se traducen en un temor de que les quiten a sus hijos/as.

En el caso de las políticas de atención en violencia, se indica que es importante pensar en la figura de la Casa de Acogida, cómo se transforma en un espacio protector y a la vez articulador de redes y no sólo en un espacio en el que las mujeres se vayan a encerrar. En este sentido, se considera que es necesario conocer más sobre cómo vivían las mujeres haitianas en su país, cómo era su cotidianidad, por qué se vinieron. Es necesario que se produzca un acercamiento mayor, que se ve dificultado por el idioma, en general las instituciones se quedan con la respuesta tipo y no ha sido posible ir más allá. Falta comprender desde su propia experiencia cuáles son las alternativas posibles y que les hacen sentido. Han visto mayores situaciones de aislamiento y falta de redes en el caso de las mujeres migrantes, por ejemplo, mujeres haitianas que llevan dos años o más en el país y que no hablan español porque están aisladas o porque se lo han prohibido. En cuanto a las dificultades institucionales se mencionó lo siguiente:

“...además la llegada de ellas devela especialmente lo racista que es este país y eso se refleja obviamente también en las instituciones, en los espacios de atención, en rechazos también como a generar algún tipo de prestaciones (...) Finalmente yo creo a propósito de unos casos que conocimos hace pocas semanas, en el fondo las respuestas institucionales son vacías frente a las problemáticas que ellas nos plantean y

nos quedamos así sin palabras en capacidad de respuesta, en capacidad de protección, en capacidad de articular finalmente algo que contenga esa situación. Entonces es un problema institucional, es estatal finalmente, no es problema de la migración, sino que el problema es cómo nosotros nos vamos adaptando y lo vamos haciendo en términos muy lentos, muy precarios, muy limitados y sin poder comprender todavía lo que implica finalmente la migración.”

(Entrevista N° 3).

Para favorecer la comunicación con las mujeres haitianas que no hablan español el Centro Integral Mujer y Género también recurre a las facilitadoras/mediadoras haitianas de salud y de la OMIL para proveer de traducción, generándose una acción coordinada entre distintas instancias municipales, sin embargo es una barrera importante porque este es un tipo de problemática que requiere poder comunicarse de manera más profunda y sostenida con las mujeres. En cuanto al rol del Servicio Nacional de la Mujer, a pesar de contar con orientaciones técnicas que incorporan una mirada intercultural, estas no tienen una “bajada” práctica quedando la responsabilidad de la implementación de acciones de este tipo en manos de cada gobierno local.

Las situaciones de violencia basadas en género no son exclusivas de las mujeres haitianas, también mujeres de otros colectivos de migrantes y mujeres chilenas viven situaciones graves de violencia. Es importante no estigmatizar a la población haitiana, pero a la vez se hace necesario pensar cómo enfrentar la violencia de manera general y en situaciones específicas, sin que esto implique una exacerbación de ideas racistas y clasistas. La violencia hacia las mujeres afecta de manera importante en la salud, es por esto que lograr intervenciones pertinentes es relevante para el abordaje integral de los problemas que afectan a las

¹³ Joan Florvil había emigrado a Chile en 2016 y tenía 27 años. Fue detenida el 30 de agosto de 2017 por supuestamente haber abandonada a su hija de pocos meses de edad. Al no contar con un traductor, Joan no pudo explicar por qué había dejado a su hija mientras trataba de denunciar una estafa que habría sufrido con su pareja. Tras ser detenida en un operativo televisado, fue trasladada a un centro asistencial, falleciendo un mes después.

mujeres migrantes. Otro ámbito en que se manifiestan las inequidades de género, que aparecieron en las entrevistas, se refieren al abordaje de la sexualidad, las cuales se abordarán más adelante.

Alimentación

Las personas migrantes tienen distintas costumbres alimentarias que responden a su contexto cultural y que llevan consigo cuando llegan a otro país, las que lamentablemente muchas veces no son entendidas, ni respetadas, o son concebidas como “mañas”.

Al respecto se señaló que un problema recurrente es cuando las niñas y los niños entran a la escuela en Chile, porque la comida a la que están acostumbrados/as a comer es distinta.

“El jardín trata de enseñarles lo que deben comer, pero hay madres que dicen que desde que su hijo va al jardín ya no quiere comer las mismas cosas, siempre quiere comer otras, las del jardín.”

(Entrevista N° 4).

Por ejemplo, en relación al desayuno se señala que las personas haitianas toman té con sal en la mañana, pan con huevo o fideos, plátano con huevo o plátano con una salsa de carne, cosa de que la comida les sirva hasta pasado el mediodía, lo que muestra que las formas de alimentarse se relacionan de manera directa con las maneras de entender y enfrentar de la mejor manera posible los quehaceres cotidianos.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, Fundación EPES apoyó con la entrega de cajas con mercadería a personas migrantes y en la formación de una Olla Común levantada por UNHAPROCH en la comuna de El Bosque, que funcionó alrededor de dos meses. En ambos casos se tuvo especial cuidado en preguntar a las personas haitianas que era lo que necesitaban y que alimentos eran parte de su dieta, lo que se materializó en el caso de las cajas de alimentación que contuvieran productos específicos que son importantes para su alimentación.

5.3 Percepciones sobre las personas migrantes y su atención en salud

Los discursos en torno a las personas migrantes están marcados de manera implícita por la configuración de un otro/a que todavía se percibe como distante, con quienes no se ha logrado tener una relación fluida, situación en que es relevante la diferencia idiomática, pero que a la vez parece ir más allá, pues incluso contando con facilitadoras/mediadoras que actúan principalmente como traductoras, el establecimiento de instancias más permanentes de relación y comunicación todavía no son posibles, situación que puede haberse acentuado durante el 2020 con la pandemia por COVID-19, pues la realización de actividades comunitarias presenciales no ha sido posible.

En este sentido, y como ya se ha señalado, una de las barreras identificadas por el sector salud se refiere a la percepción de que la población migrante, y en particular la haitiana, no ha sido receptiva a participar en actividades que no estén centradas en la atención médica. Este tipo de situaciones parecen incidir en el establecimiento de relaciones más distantes que con el resto de la población que se atiende en los CESFAM de la comuna y en la falta de comunicación y de comprensión sobre la situación de las personas migrantes y lo que quieren y necesitan en materia de salud.

Se produce la paradoja de que a pesar de poder llegar a la población migrante y de tener buena recepción, la resistencia para participar en acciones de promoción de la salud se mantiene. Aunque se establezcan estrategias para convocarles a través de “puerta a puerta”, la celebración del Día de la Bandera de Haití o la navidad, la participación de las personas migrantes ha sido más bien baja. La percepción entre las entrevistadas es que solo asisten cuando hay una atención médica, lo que se puede deber a las precariedades en que se encuentran. Sería interesante saber si en la organización de estas actividades participaron las organizaciones comunitarias del sector y las organizaciones de migrantes, quienes pueden tener una visión más cercana de cómo generar

mayor convocatoria y qué acciones son las que les hacen más sentido en salud, además de conocer las razones de por qué no están participando.

La atención referida a la salud sexual y reproductiva es un ámbito en el que se produce un mayor acercamiento con las mujeres migrantes, a pesar de las dificultades ya relatadas en otras partes de este informe. Se manifestó en las entrevistas que todas las mujeres que son atendidas en el sector salud tienen acceso a las atenciones asociadas al embarazo, pero bajo la percepción que deben “traerlas” porque las mujeres haitianas no llegan por sí mismas al CESFAM o tienen una concepción distinta en cuanto a la necesidad y de los momentos en que debieran acudir a controles en caso de embarazo. Sin embargo, una vez que entran al sistema, muchas de ellas sí participan en instancias como los talleres para mujeres embarazadas que se realizan a través del programa Chile Crece Contigo.

La sexualidad y la salud reproductiva es otro ámbito importante que aparece como necesario de abordar, pues la adherencia y la aceptación del uso de métodos anticonceptivos es baja, lo que se relaciona con diversos factores que van desde diferencias culturales hasta el machismo, pues se han encontrado con situaciones de mujeres que no los usan porque sus parejas se lo prohíben. Falta más información para conocer la opinión de las mujeres respecto de prácticas de cuidado reproductivas, y preferencias de uso de métodos anticonceptivos, aunque ciertamente puede influir la barrera idiomática para poder profundizar en este tema con ellas.





6. ACCIONES SOBRE MIGRACIÓN Y SALUD¹⁴

¹⁴ Resultados a partir de las entrevistas a expertas en salud y migración; así como a funcionarios/as de salud y municipales de la comuna El Bosque.

Algunas de las acciones que las entrevistadas identifican son las siguientes:

Estructura de los servicios para el trabajo con población migrante

Según lo señalado por las entrevistadas, la estructura del trabajo en salud en materia de migración que se construyó durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet continúa existiendo e implica la existencia de un/a referente de salud migrante por cada servicio de salud, en cada subsecretaría del MINSAL, en los municipios y CESFAM. Esta figura surgió de la necesidad de que alguien se hiciera cargo del tema desde el sector salud, para no estar respondiendo caso a caso. La estrategia de contar con facilitadores/as interculturales continúa en la zona sur de la Región Metropolitana, a veces financiada con recursos del programa migrante del Servicio de Salud en comunas con mayor densidad de población migrante, con fondos de los municipios o de otros programas como el de “Fortalecimiento del modelo de salud familiar” o el de “Buenas Prácticas en Atención Primaria”. Por lo tanto, esta estrategia está presente en gran parte de las comunas de la Región Metropolitana, siendo principalmente personas de Haití o de República Dominicana, quienes también hablan el creole. Los hospitales El Pino, Exequiel González Cortés y el Barros Luco cuenta con facilitadores/as interculturales que circulan en el área de maternidad y en el servicio de urgencia. La decisión de tener facilitadores/as en los hospitales se tomó a propósito de tragedias como la muerte de un gestante en el hospital El Pino, lo mismo en el hospital Barros Luco. En el caso del Hospital Exequiel González Cortés, el cambio del establecimiento a un nuevo edificio permitió contratar una facilitadora en mejores condiciones contractuales.

Se indicó también que durante el año 2019 se constituyó una mesa de trabajo del Servicio de Salud Metropolitano Sur, donde participan las personas encargadas, referentes migrantes y facilitadores/as interculturales bajo la lógica de crear un aprendizaje compartido. Se han ido configurando espacios de confianza con los/as facilitadores/as, a través capacitaciones para ir constituyendo equipos interculturales. La idea es que participen las personas facilitadoras, referentes migrantes, calificadoras de derechos previsionales,¹⁵ de modo que se vayan reconociendo como parte del mismo equipo.

Capacitación en enfoque intercultural en salud

Se han realizado talleres dirigidos a matronas sobre enfoque intercultural con foco en lactancia materna, que es una de las áreas donde hay más distancia entre los equipos de salud y la población migrante para incorporar distintas visiones, de modo que puedan entrar en un diálogo con otras formas de entender la salud.

Actividades comunitarias para favorecer la inclusión social

Desde el Servicio de Salud se ha promovido que por lo menos todas las comunas tengan un programa de acceso para población migrante, que se avancen en los protocolos de acceso y la promoción del trabajo fuera del establecimiento dirigida a población migrante, de forma de establecer alianzas con otros actores locales. Ejemplo de este tipo de actividades ha sido la alianza con iglesias donde participa la comunidad haitiana, permitiendo la entrega de preservativos afuera de las iglesias y captar personas que no estaban inscritas en los centros de salud. El preservativo no se podía entregar dentro de la iglesia, por eso era necesario

¹⁵ Esta es una figura que existe en el sistema de salud, que se refiere a la existencia de un/a funcionario/a encargado/a de calificar la situación previsional en que se encuentran las personas. En el caso específico de la población migrante deben: entrevistar a la persona, confirmar la carencia de afiliación a un régimen previsional y descartar la existencia de convenios o leyes que le den derecho a atención médica (como refugiado o víctima de trata de persona, convenios con otros países).

realizar actividades fuera con conocimiento de la iglesia, que en su mayoría son evangélicas, es así como se han aprovechado los cultos de los días domingo como punto de encuentro para realizar ferias de salud también.

Muchas personas haitianas participan en estas comunidades religiosas, mucho más que en comunidades católicas. Otro tipo de actividades sugeridas por las/os facilitadores/as interculturales que se han llevado a cabo son de tipo artístico. El canto y el baile son expresiones culturales propias de Haití, por lo que hay facilitadores/as interculturales que tocan instrumentos musicales y participaban de coros en sus países. El canto lo tienen mucho más integrado las mujeres, y los hombres los instrumentos musicales.

Un ejemplo es que en la comuna de San Joaquín se realizó un Censo migrante, en forma posterior al Censo a nivel nacional, por los equipos de salud y con un integrante de los consejos de salud local. En un día se realizaron cerca de 500 visitas domiciliarias, lo que permitió acercarse y conocer mucho mejor las condiciones de vida de la población migrante. Un actor clave ha sido la iglesia San Cayetano de la población La Legua, una de las pocas comunas donde la Iglesia Católica ha sido mucho más relevante que la evangélica, ya que existe un trabajo sostenido con comunidades de base. En San Joaquín se financió un proyecto de Buenas Prácticas por parte del Servicio de Salud. Partieron en primera instancia con el Censo, después empezaron a sumarse a las clases de español que realizaba la parroquia, donde se realizaron charlas de salud y terminaron con un gran paseo. A partir de esa experiencia se incrementó la inscripción a los centros de salud, se crearon lazos, se armaron ferias con degustación de comidas típicas, favoreciendo el trabajo intercultural.

Sobre las acciones que se han efectuado en la comuna de El Bosque, se observa que se han establecido medidas específicas para acercarse a la población migrante, generando puentes en particular a partir de la presencia de las facilitadoras/mediadoras interculturales que permiten un primer nivel de acceso a información y

abordar algunos de los problemas que les afectan. No obstante, la situación estructural de falta de políticas adecuadas en el país en materia de migración impide que estas acciones puedan ser suficientes para la diversidad de problemáticas que les afectan, chocando de manera permanente con la gran barrera que significa encontrarse en situación migratoria irregular.

Desarrollo de materiales en creole

En la comuna de El Bosque si bien se han realizado esfuerzos en salud y en otras instancias locales por contar con materiales escritos en creole, no hay recursos suficientes para que logren abordar la totalidad de los documentos impresos que se necesitan para difundir noticias, programas y políticas.

Trabajo intersectorial

En general, se mencionó que se ha desarrollado poco trabajo intersectorial, que ha intencionado en las comunas más que nada para la coordinación en el ámbito asistencial, a propósito que la población en situación de irregularidad (que son la mayoría) no tiene acceso a recursos ni beneficios municipales, articulándose con otros actores a nivel local. En cuanto a las precarias condiciones de trabajo y la prevención de accidentes laborales en la población migrante, las entrevistadas manifiestan que no conocen de estrategias de carácter intersectorial para abordar estas situaciones, pese a ser un aspecto que está incorporado en la Política de Salud de Migrantes Internacionales en el eje Trabajo, Salud y Migración.

Varios municipios han instalado oficinas de migrantes, impulsadas por el sector salud que empezó a colocar el tema en los territorios, como resultado de la implementación de la experiencia piloto y de la política nacional hacia la población migrante. En general las comunas de la zona norte comenzaron con iniciativas dirigidas a las personas migrantes, debido a la concentración de esta población en sus territorios, como en Quilicura, Recoleta y Santiago.

Del Servicio de Salud Metropolitano Sur son pocas las comunas que tienen una oficina migrante. Algunas han comenzado con programas migrantes o con oficinas de migrantes indistintamente. La trayectoria depende del modelo de trabajo de cada municipio, “lo importante es visibilizar el tema y que tenga una puerta de entrada”, señala una de las entrevistadas.



En algunas comunas la oficina de migrantes es el acceso a la red de beneficios del municipio. De acuerdo a la necesidad planteada, se establece el vínculo con vivienda, educación o salud, como es la práctica en la comuna de Recoleta. Las experiencias son diversas, en algunas comunas la persona encargada de la oficina migrante también se hace parte del equipo de salud, lo que permite tener una mirada más amplia. En otras, la oficina de migrantes no dialoga con el sector salud, funcionan en forma paralela, debido a esto se ha intencionado la conformación de mesas de trabajo en los territorios para favorecer la coordinación intersectorial.

Así también existe el programa de Buenas Prácticas Municipales respecto de la población migrante, que es encabezado por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM),¹⁶ el cual proporciona un sello migrante a las municipalidades que desarrollan planes, programas y acciones tendientes a la inclusión. Para otorgarlo se basa en estándares de inclusión y no discriminación inspirados en un enfoque de derechos. El sello migrante es al mismo tiempo: 1) Una certificación a comunas interculturales, libres de discriminación, que acogen y mejoran la calidad de vida de la población extranjera; 2) Una hoja de ruta para el trabajo municipal con población extranjera y 3) Un proceso acompañado por el DEM y otros municipios para obtener y mantener el sello. En definitiva el sello migrante permite:

- a) Fortalecer la institucionalidad en asuntos migratorios.
- b) Realizar planes comunales de capacitación a funcionarios/as municipales.
- c) Instaurar y promover programas de regularización de migrantes.
- d) Implementar políticas públicas locales.
- e) Facilitar la participación ciudadana migrante.

¹⁶ <https://www.extranjeria.gob.cl/sello-migrante>



7. PROPUESTAS

Las personas entrevistadas señalan una serie de propuestas y desafíos, que aportan a subsanar deficiencias del trabajo con población migrante y aportar a la implementación de las políticas públicas en salud y migración entre los cuales se encuentran:

Adecuar el modelo de salud familiar y comunitario en salud

- La migración representa un desafío para el modelo de salud familiar. Existe una nueva configuración familiar que se denominan las “familias transnacionales”, es decir que una parte de la familia está en Chile y la otra en el país de origen o incluso en otros países. ¿Cómo se trabaja con estas realidades que rompen con las visiones más clásicas en torno a los procesos migratorios y el concepto de familia? Para implementar el modelo, los equipos tienen que conocer, adecuar pautas, explorar. ¿Cómo van a categorizar riesgo en estas familias, donde las mujeres tienen hijos/s en Chile y en el país de origen?

Abordar desigualdades de género

- Considerar las cadenas transnacionales del cuidado y su impacto en las condiciones de vida de las mujeres. Una mujer cuida a su familia en el país de origen y migra a otro país a trabajar en el área de servicios, donde por un salario cuida a otras personas o familias en el caso de las trabajadoras de casa particular. El cruce con la nacionalidad, la situación socioeconómica, las inequidades de género, la condición étnica y racial hace a diferentes grupos de las comunidades migrantes estar en situaciones de mayor vulnerabilidad que otros, como en el caso de las mujeres afrodescendientes.
- Identificar situaciones de violencia de género, lo que debiera ir acompañado de la generación de protocolos que permitan brindar una primera acogida, mejorar la observación y la atención. Por ejemplo, una estrategia importante, que se relató en las entrevistas, fue generar espacios de atención en que las mujeres

haitianas puedan hablar más libremente, porque suelen ir acompañadas por sus parejas.

- Superar la barrera idiomática para las mujeres haitianas para que puedan acceder a cursos de español en los territorios, asociados a un esfuerzo sistemático y sostenido de aprendizaje, situación que en el contexto de la pandemia por COVID-19 se dificulta.
- Desarrollar mayores esfuerzos de capacitación a los hombres migrantes, en especial en materias relativas a la sexualidad y la anticoncepción de modo de sacar la centralidad de la responsabilidad reproductiva de las mujeres. En general, hay una buena recepción en los espacios de capacitación, pero lo que aparece como más difícil es lograr que las personas participen.

Estrategias para la participación comunitaria

- Lograr que las personas migrantes se sientan parte activa del sistema de salud público y no sólo se conciben como consultantes. Este es uno de los aspectos en que ha sido más difícil avanzar y que se expresa en la baja participación en acciones vinculadas a la promoción de la salud en la comuna de El Bosque.
- Promover la participación de las personas migrantes en salud, ante lo cual es posible que las estructuras más tradicionales que se conocen que suelen estar conformadas por organizaciones de personas con enfermedades crónicas y adultas mayores no sean suficientes, ni pertinentes. Un dato que no deja de llamar la atención es que todas las personas entrevistadas en la comuna hablaron de la misma organización, UNHAPROCH, siendo a la fecha la única organización de personas migrantes en El Bosque.
- Favorecer la organización, integración y la participación de la población haitiana en salud, a través de la promoción de actividades deportivas como una estrategia a implementar y que hay que explorar. El deporte es un espacio de encuentro para esa comunidad lo que podría articularse entre salud y deportes, así como las actividades artísticas.

Formación y autoformación del equipo de salud

- Favorecer el autoaprendizaje de los equipos de salud, ya que tienen el contacto directo con la población migrante. Se sugiere que podrían escribir, sistematizar y compartir sus experiencias. Se podría aportar haciendo investigación - acción a nivel local. No todos los procesos de formación tienen que ser desde un ente externo. Hay muy pocas experiencias de migrantes en el programa de Buenas Prácticas. A las personas de salud les cuesta escribir y sistematizar porque están muy inmersas en el quehacer y no tienen suficientes incentivos, ni reconocimiento cuando se embarcan en tareas que trascienden las metas sanitarias. Por ejemplo, sería un aporte algo tan simple como escribir sobre las pautas de crianza de mujeres de distintos países o sobre las diferentes formas de nombrar la mamadera en cada país.

Mejorar registros e información

- Mejorar los sistemas de registro de los CESFAM para tener cifras reales de la población migrante inscrita. Existe un subregistro importante ya que hasta hace poco no tenía carácter obligatorio y no se diferenciaba por nacionalidad. Esto es clave para poder diseñar y planificar acciones desde la atención primaria hacia las personas migrantes.
- Desarrollar esfuerzos para informar a las personas migrantes sobre el funcionamiento del sistema de salud y sus derechos. No hay que dar por obvio nada, ésta debe ser una actividad permanente. Según lo informado por parte de dirigentes migrantes, la forma de comunicación más habitual suele ser vía whatsapp, por lo que hay que pensar en formatos que puedan ser compartidos de esa manera, además de considerar a las personas con problemas de lectoescritura, para quienes puede ser más pertinente producir información en formatos audiovisuales.

Trabajo intersectorial

- Favorecer la articulación y alianza entre organizaciones de migrantes, gremio médico y de salud, así como con las organizaciones de usuarios/as de los servicios de salud, como la Asociación Nacional de Consejos de Salud (ANCOSALUD), para la defensa de los derechos en salud y desarrollar iniciativas conjuntas, de modo de ir visibilizando la problemática de la población migrante con otros actores de salud.
- Favorecer la coordinación de esfuerzos a nivel local. Es muy difícil que una institución, organización o entidad de la sociedad civil pueda abordar la complejidad de problemáticas que le afectan a la población migrante. En este sentido, los trabajos coordinados entre el sector salud, el Centro Integral Mujer y Género y la OMIL son importantes de relevar, pues se pueden sacar importantes aprendizajes de ellos.

Municipio

- Supervisar las condiciones de vivienda y arriendo que hoy en día se le ofrece a la población migrante, no solo desde el control, sino también desde la construcción de lo local, de fomentar políticas de inclusión social y de un trabajo más comunitario con las comunidades migrantes.
- Resulta urgente contar con diagnósticos comunales sobre la situación del conjunto de la población migrante residente, pues las dificultades para acceder a información y a cifras afecta de manera directa en la posibilidad de generar acciones locales más eficientes. Se cuenta con información fragmentada que dificulta contar con una mirada más general. Además, es importante que estos diagnósticos sean efectuados con la participación activa de las personas migrantes, lo que presenta un importante desafío porque uno de los problemas a que se hizo referencia es su baja participación. En ese sentido, sería posible realizar estudios cualitativos, por ejemplo, para saber por qué la población migrante no está llegando a los servicios de salud e identificar cuáles son las barreras para diseñar estrategias con pertinencia cultural.

Mejorar el conocimiento de la población migrante

- Acercar los Centros de Salud a las personas migrantes, conocer mejor quiénes son, cómo entienden la salud, cuáles son sus historias, sus expectativas, temores, sueños y deseos es un desafío aún pendiente. Lo que se sabe de ellas sigue estando permeado por lo que otros/as dicen, por cómo les perciben e interpretan. En este sentido, relevar el rol de las facilitadoras/mediadoras interculturales es clave, pero a la vez es importante tener en cuenta que es necesaria la presencia de otras voces, pues no puede recaer sólo en ellas el esfuerzo y las posibilidades de comunicación. Al respecto, si se considera que en la comuna El Bosque hay seis CESFAM, además una serie de otras instancias de atención en salud, la existencia de dos facilitadoras/mediadoras interculturales, de las cuales solo una tiene continuidad en el tiempo, resulta insuficiente.

- Conocer más sobre las creencias, valores, hábitos y costumbres de las personas migrantes es central para pensar en acciones de salud. En general, la comida tiende a ser un eje articulador que permite que las personas se encuentren, pero a la vez es importante conocer qué están acostumbradas a comer y cuáles son sus gustos.

Detección y sanción de la discriminación

- Detectar en la atención de salud situaciones de vulneración de derechos, discriminación y racismo son importantes para proveer de servicios de calidad e inclusivos, y desarrollar protocolos para su enfrentamiento.





8. CONCLUSIONES

Las políticas públicas en salud dirigidas a la población migrante debieran ser políticas de Estado, de modo que su implementación y permanencia no esté expuesta a los cambios políticos de gobierno, ya que debilita el ejercicio de derechos y la superación de las tremendas brechas de desigualdad que existen en relación a la población nacional, aumentando su condición de vulnerabilidad social y violando los derechos humanos. Si bien el sector salud es uno de los que más ha avanzado en relación a institucionalizar políticas públicas con enfoque de derechos, Chile carece de una legislación integral que garantice el acceso a la atención en salud y a servicios sociales, independiente del estatus migratorio.

En la actualidad, se necesita avanzar hacia una nueva fase que vaya más allá de identificar las brechas de acceso, que permita superar las desigualdades en salud de la población migrante, donde el enfoque y diálogo intercultural es clave para los procesos de inclusión social. Con la incorporación de facilitadores/as interculturales se puede entender el idioma, pero no necesariamente la cultura de otro pueblo, por eso son tan necesarias las instancia de diálogo respetuoso con la población migrante.

Se debe evaluar y reflexionar sobre la estrategia de incorporación de facilitadores/as interculturales en la atención primaria y hospitales. Claramente ha habido aportes al mejoramiento en el acceso y la cobertura de la población migrante a servicios básicos de salud y establecimiento de relaciones de reciprocidad y cercanía con la comunidad migrante. Sin embargo, podrían jugar un rol mucho más contundente, por ejemplo, en funciones relativas a participar en la definición y ejecución de tareas relativas a la promoción y prevención en salud, lo cual puede incluir: la articulación con el intersector y la comunidad, el fomento de la participación ciudadana de la comunidad migrante, la interpretación español/creole, el apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad, la educación en salud y visitas domiciliarias, así como impulsar la inclusión social y el desarrollo de la interculturalidad. Para que esto suceda debe ser una

función que tenga reconocimiento del equipo de salud y no depender de proyectos en relación a su sostenibilidad en el tiempo. Algunas de las tensiones del rol que deben ser consideradas tienen relación con: 1) Trabajo enfocado al quehacer programático de los servicios de salud v/s un/a facilitador/a intercultural que represente y lleve a los equipos los problemas de la comunidad migrante. A veces este rol puede ser difuso, 2) Relación cercana con la comunidad migrante que puede verse tensionada por la profesionalización del rol como parte del equipo de salud y 3) Tener cuidado con los ejercicios de poder en la relación con la comunidad migrante.

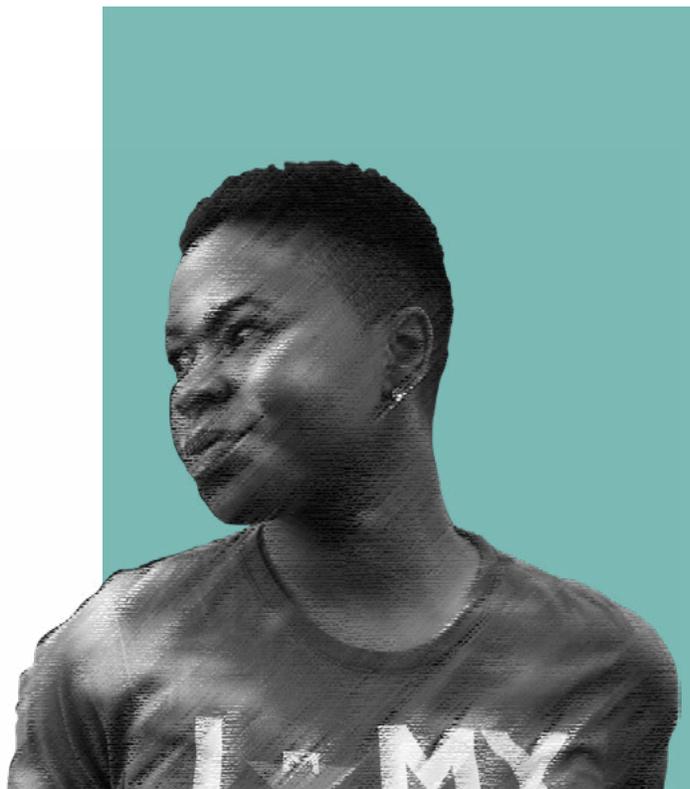
Dado que la violencia de género fue uno de las problemáticas relevadas por las entrevistadas, es importante avanzar en el trabajo intersectorial que ya se está realizando en la comuna de El Bosque, a través de la coordinación entre distintas instancias como salud, Centro de la Mujer y Género, DIDECO y OMIL, incorporando la perspectiva de género y la interculturalidad para generar marcos protectores de los derechos humanos y de la salud y vida de las mujeres. Fomentar el trabajo y liderazgo en salud con mujeres haitianas en salud sexual y reproductiva, así como diseñar estrategias para enfrentar la violencia de género debe ser una prioridad a mediano y largo plazo, para lo cual es necesario ofrecer más espacios para que aprendan el idioma español en conjunto con talleres o iniciativas de salud sobre temas que les interesen. Aprender el idioma es un primer paso hacia una mayor autonomía.

El trabajo intersectorial es una deuda histórica del trabajo en salud en los territorios, que debe ser entendido de una forma más amplia que solo la coordinación con el aparato municipal, sino que incorporar la participación de organizaciones comunitarias y de migrantes, debido a la multidimensionalidad de la migración y sus diversos impactos en la salud, que deben ser abordados más allá de este sector para que tengan resultados. En este sentido, apoyar la organización y participación de las comunidades de migrantes en los territorios es crucial para que sus voces y necesidades puedan ser visibilizadas y escuchadas.

Trabajar en salud desde el enfoque de determinantes sociales y contar con diagnósticos que consideren cómo afectan la salud de la población migrante en cada territorio se convierte en una hoja de ruta para diseñar planes y estrategias más amplias, más allá de salud y la necesaria coordinación con el aparato municipal, organizaciones comunitarias e instituciones presentes en el territorio. Un aspecto clave es visibilizar el impacto de los determinantes sociales en la salud mental y cómo enfrentarlos desde iniciativas comunitarias que propendan a la cohesión e inclusión social.

Un rol clave es el que desempeñan los municipios para lograr desarrollar políticas públicas que propendan a la inclusión social a nivel local, de modo de generar iniciativas para atender las múltiples necesidades de la población migrante. Resulta incomprensible que los municipios no cuenten con iniciativas que les permitan destinar recursos de su erario para entregar apoyo de subsidios, ayuda material o de emergencia hacia esta población por no contar con RUN y por encontrarse en situación de irregularidad. Para superar estas brechas administrativas hace falta voluntad política, compromiso y creatividad para encontrar maneras efectivas para el ejercicio de derechos como han hecho los sectores de educación y salud.

Es imperativo desarrollar iniciativas para enfrentar la discriminación, xenofobia y racismo. A juicio de las entrevistadas esta es una de las principales barreras que se aprecia a todo nivel, en la comunidad y en los equipos. Deben realizarse campañas comunitarias, así como el desarrollo de estrategias de formación y sensibilización al personal de salud, como aspectos claves para contribuir al ejercicio de derechos humanos y de salud. Las actitudes y discursos discriminatorios no son aceptables. En su expresión más extrema, los discursos de odio fomentan a largo plazo crímenes de odio. Como consecuencia de situaciones de discriminación y racismo se detectan graves violaciones de los derechos en salud y derechos humanos, con efectos tan graves como accidentes laborales, violencia contra las mujeres y las pérdidas de vidas de niños/as, mujeres y hombres en hospitales. El municipio, los sectores de salud, educación, oficinas de la mujer, entre otros, pueden jugar un rol central, contribuyendo a la construcción de comunidades solidarias e inclusivas.



REFERENCIAS

- ACNUH, (1965). “Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial”. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>.
- Activia Research (2019). “¿Cómo se percibe la inmigración en Chile?”. Santiago: Activa Research. <https://www.activaresearch.cl/storage/downloads/ee97605da3c331bae89db789ce825a9d.pdf>.
- Alianza comunicación y Pobreza, (2012). Encuesta “Ser migrante en Chile hoy”. <http://www.comunicacionypobreza.cl/wp-content/uploads/SER-MIGRANTE-EN-EL-CHILE-DE-HOY.pdf>.
- Aninat, Isabel y Rodrigo, Vergara (eds.), (2019). *Inmigración en Chile. Una mirada multidimensional*. Santiago: CEP / Fondo de Cultura Económica.
- Cabieses, Báltica, Margarita, Bernales y Ana María, Mcintyre, (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- CADEM (2019). “Inmigrantes en Chile: Estilos de vida (agosto, 2019)”. Santiago: CADEM. <https://www.cadem.cl/encuestas/inmigrantes-en-chile-estilos-de-vida>.
- Campos, Alejandro, (2012). “Racialización, racismo y racismo: un discernimiento necesario”. Universidad de La Habana Journal, n° 273, pp. 184 - 199. https://www.academia.edu/6283861/Racializaci%C3%B3n_Racialismo_y_Racismo._Un_discernimiento_necesario.
- CENEM, U. Talca (2017). “Informe inmigración y discriminación en Chile”. http://www.cenem.atalca.cl/docs/publicaciones/informe_discriminacion_inmigrantes.pdf.
- Centro de Derechos Humanos, UDP, (2018). “Informe Anual de Derechos Humanos 2018”. Santiago: Universidad Diego Portales. <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/informe-ddhh-2018>.
- CEPAL, (2016). “La matriz de la desigualdad social en América Latina”. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf.
- CEP (2017). “Encuesta Nacional de Opinión Pública, N° 79. Abril – mayo 2017”. https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170601/asocfile/20170601155007/encuestacep_abr_may2017.pdf.
- DISAM I. Municipalidad de El Bosque (2018). Información atención a población inmigrante. Documento interno. Agosto.
- Domenech, Eduardo, (2017). “Las políticas de migración en Sudamérica: elementos para el análisis crítico del control migratorio y fronterizo”. En *Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia em Política*, Vol. 8, número 1, enero a junio. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/58156>.

Espacio Público/IPSOS (2019). “Chilenas y chilenos hoy. Desafiando los prejuicios, complejizando la discusión. Capítulo 1. Chilenos y chilenas frente a la migración e integración social”. Encuesta Espacio Público – IPSOS 2018. Santiago: Espacio Público/IPSOS. https://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2019/01/Informe-Ipsos-Espacio-Publico-2018_cap1_final-1.pdf.

Fuster, Francisco, et al. (2020), “Carga de enfermedades infecciosas y no infecciosas entre inmigrantes haitianos en Chile: un estudio transversal”. *Sci Rep* 10, 22275. <https://www.nature.com/articles/s41598-020-78970-3>.

INE, DEM (2020). “Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2019”. Santiago: INE/DEM.

INE (2018). “Características de la inmigración internacional en Chile. Tabulados y gráficos, Censo 2017”. Tabla n° 61. <http://www.censo2017.cl/inmigracion>.

Leiva, Sandra y Cesar, Ross (2016). “Migración circular y trabajo de cuidados: Fragmentación de trayectorias laborales de migrantes bolivianas en Tarapacá”. En *Revista Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. Vol. 15, N° 3, pp. 56 – 66.

MINSAL/DIVAP, Fundación EPES, (2016). “Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF”. Santiago: MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporaci%C3%B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>.

MINSAL, FONASA, Superintendencia de Salud, Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes, (2018). “Política de Salud de Migrantes Internacionales”. Santiago: MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>.

ONU, (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.

RIMISP, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, (2017). “Estudio exploratorio sobre autonomías física y económica de las mujeres migrantes en la regiones Metropolitana, Tarapacá y Antofagasta”. Santiago: MinMujeryEG. https://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1529698136MUJERMIGRANTEvFSP.pdf.

Servicio Jesuita a Migrantes, SJM (2020). *Migración en Chile. Anuario 2019, un análisis multisectorial*. Santiago: SMJ. <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>.

Thayer, Eduardo, (2019). “Causas y consecuencias de la irregularidad migratoria”. En Nicolás Rojas y José Tomas Vicuña (Ed.). *Migración en Chile. Evidencias y mitos de una nueva realidad*. Santiago: Lom Ediciones.

Walsh, Catherine., (2009). “Interculturalidad crítica y educación intercultural”. https://www.uchile.cl/documentos/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural_150569_4_1923.pdf.

Zepeda, Carolina y Ma. Cristina, González, (2019). “Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada” en *Salud & Sociedad, Latin American Journal on Health & Social Psychology*. 2019, Vol. 10, N° 02, 188-204, DOI: 10.22199/issn. 0718-7475-2019-02-012. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3262>.

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Claudia Padilla Rubio, Ex División de Atención Primaria en Salud (DIVAP), Ministerio de Salud.

Ligia Gallardo Astudillo, Hospital Padre Hurtado.

Ana María Hevia, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Solange Armijo Saa, Agente Comunitaria y Referente Migrante CESAFAM Santa Laura.

Ximena González y Sebastián Cisternas, Unidad de Salud Comunitaria DISAM El Bosque.

Paulina Eyzaguirre, Centro Integral de Desarrollo de la Mujer y Género.

Claudia Morales (directora DIDECO), **Karina Sánchez** (Centro de la Mujer),
Camila Arancibia (Dpto. Prevención Psicosocial).

Sylvia Jean Charles, facilitadora/mediadora intercultural edificio municipal El Bosque.

Linda Louis, facilitadora/mediadora intercultural OMIL El Bosque.

Mathania Adonis, facilitadora/mediadora intercultural DISAM El Bosque.