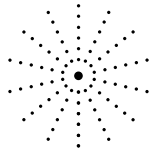


Aportes de la migración al sistema de salud y cuidados en Chile: contribuciones, oportunidades y propuestas



ESPACIO
PÚBLICO



Centro
de Políticas
Migratorias

**Aportes de la migración al sistema de salud y cuidados en Chile:
contribuciones, oportunidades y propuestas**

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Diego Chaparro P.
Lucaz González E.

REVISIÓN Y COMENTARIOS:

Juan Pablo Ramaciotti
Benjamín García
Patricio Domínguez
Eleni Kokiddou
Eduardo Undurraga

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Valentina Iriarte C.

Informe publicado en Diciembre de 2024.

CÓMO CITAR ESTE INFORME:

Centro de Políticas Migratorias y Espacio Público (2024). Aportes de la migración al sistema de salud y cuidados en Chile: contribuciones, oportunidades y propuestas

Contenidos

1. Introducción	4
1.1 Contexto y objetivo de investigación	4
1.2 Metodología	5
1.3 Estructura del informe	5
2. Diagnóstico	6
2.1 Migración, salud y cuidados en el marco de los ODS	6
2.2 Barreras de acceso a la salud y servicios de cuidado	7
3. Resultados de grupos focales	14
3.1 Los aportes de los migrantes en el sistema de salud chileno	14
3.2 Dificultades que experimentan los migrantes en el sistema de salud	17
3.3 La experiencia de cuidado de las personas migrantes	18
4. Desafíos, buenas prácticas y oportunidades	20
4.1 Inserción laboral de profesionales y técnicos de la salud	21
4.2 Formación profesional y reconocimiento de estudios	22
4.3 Sistema y servicios de cuidado	23
4.4 Acceso a información y monitoreo	25
5. Propuestas	26
6. Conclusiones	31
7. Anexo	33

1. Introducción

1.1 CONTEXTO Y OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

La migración es un fenómeno global que ha adquirido una relevancia significativa en las últimas décadas, influyendo de manera directa en diversas áreas de los países receptores, incluyendo el ámbito de la salud. Actualmente existen cerca de 281 millones de migrantes internacionales en el mundo, lo que equivale al 3,6% de la población mundial. Este proceso de desplazamiento humano, si bien presenta desafíos, también ofrece oportunidades para suplir la falta de profesionales y técnicos de la salud en distintas regiones; diversificar y complementar las prácticas de salud intercultural; fortalecer la atención, acceso y problemas de cobertura y mejorar y fortalecer los sistemas de salud y cuidados de los países de acogida. En este contexto, consideramos que examinar los cambios demográficos, escalas, direcciones y frecuencia de los flujos y movimientos migratorios permite elaborar pautas de acción para el diseño e implementación de políticas, programas y respuestas eficaces en los países de destino.

Dentro del panorama regional, Chile no es ajeno a esta tendencia. Entre los años 2018 y 2022 la cantidad de personas migrantes en el país aumentó en un 25%, llegando a más de 1,6 millones de personas, correspondientes a cerca del 8,8% de la población nacional (INE y Sermig, 2023). Este flujo ha generado una alta demanda por acceder a servicios básicos como educación, salud y empleo, por ello, al menos desde el año 2005, el Estado ha desarrollado distintas medidas para garantizar el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud y educación (Stefoni y Contreras, 2022; Thayer, Stang y Dilla, 2020). Una de las disposiciones más significativas fue la entrada en vigor de la ley 21.325, que establece el derecho al acceso a la salud para las personas migrantes, residentes o en condición migratoria regular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, en igualdad de condiciones que los nacionales.

También se han creado servicios de atención especializada en áreas de alta concentración de población inmigrante, que han eliminado barreras lingüísticas a través de la contratación de intérpretes (Cabieses, Bernal y McIntyre, 2017).

A pesar de tales avances, siguen existiendo brechas de acceso que disminuyen la cobertura efectiva de los servicios de salud, afectando particularmente a las personas migrantes. Por ello es importante seguir la evidencia y las recomendaciones de organismos internacionales, que resaltan la importancia de gestionar la migración de manera que maximice sus beneficios, no solo para los migrantes, sino para toda la sociedad, adoptando el enfoque que propone la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En este sentido, este informe destaca distintos aportes que trae la migración a Chile a partir de métodos mixtos, destacando sus contribuciones tanto al sistema de salud como a las prácticas de cuidado. Algunos de los aportes más significativos son la capacidad de las y los profesionales de la salud migrantes para ampliar la oferta médica (OMS, 2008; OIM, 2018), como lo sugiere el aumento del 30% entre 2019 y 2021 de profesionales migrantes según el Registro Nacional de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud. La diversidad cultural que aportan los migrantes ha enriquecido las prácticas sanitarias y de cuidado, haciendo que los servicios sean más inclusivos y culturalmente competentes (Valenzuela, Scuro y Vaca, 2020), cuestión valorada y ratificada por los datos cualitativos que expone este informe y que se relacionan con competencias profesionales y formas de tratamiento más empáticas e integrales.

Esta serie de informes busca promover un discurso basado en la evidencia que reconoce y valore los aportes de los migrantes al desarrollo del país. Esto incluye destacar su contribución a la economía, la cohesión social, la

educación y, especialmente, al sistema de salud y cuidados¹. Este informe tiene como objetivo principal explorar y destacar las contribuciones de la población migrante al sistema de salud y cuidados en Chile. En particular, el estudio busca generar un marco de acción que permita

maximizar los beneficios de la migración para toda la sociedad chilena, promoviendo un discurso basado en la evidencia y el reconocimiento de las múltiples dimensiones en las que los migrantes aportan al desarrollo del país.

1.2 METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó una metodología mixta, que incorporó estrategias cuantitativas y cualitativas y una aproximación interdisciplinaria al tema de estudio. El análisis cuantitativo contempló el análisis de las siguientes fuentes de información: la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2022, el Censo de población del año 2017, los registros administrativos respecto a Dotación de personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud 2022, las tasas de matriculación de estudiantes en carreras de salud, los registros de aprobación por nacionalidad del examen EUNACOM y de la Superintendencia de Salud y FONASA.

Respecto del análisis cualitativo, se levantó información a través de revisión bibliográfica, análisis documental y normativo, la realización de grupos focales de discusión con personas chilenas y extranjeras y un taller online con

actores clave en la materia. Los grupos de discusión fueron realizados entre agosto y octubre de 2023, con el objetivo de identificar experiencias y percepciones de personas migrantes y no migrantes respecto a los temas de interés de la investigación en materia de educación, salud y cuidados, cohesión social, trabajo y empleo. Se realizaron 14 grupos de discusión online en Antofagasta (4), Santiago (6) y Puerto Montt (4) de los que participaron 91 personas. El taller con actores clave se realizó en mayo de 2024 y reunió a 15 participantes, representantes de la sociedad civil, organizaciones internacionales, instituciones públicas y académicas. En ese espacio se presentó el diagnóstico y desafíos identificados en la investigación y se trabajó en iniciativas de política pública que permiten potenciar el aporte de la migración al sistema de salud y cuidados en Chile.

1.3 ESTRUCTURA DEL INFORME

El informe se estructura en seis secciones. La primera, corresponde a la introducción donde presentamos el objetivo del proyecto, su metodología y estructura. En la segunda sección, realizamos un diagnóstico del contexto en el cual se dan estos aportes y se insertan trabajadores, técnicos y profesionales migrantes de la salud y los cuidados en Chile, vinculando esos aportes con los ODS de la Agenda 2030, respecto al logro de metas específicas que relacionan la salud y los cuidados con el desarrollo sostenible. En tercer lugar, presentamos los principales hallazgos de los grupos de discusión, identificando aportes de los migrantes al sistema de salud, dificultades

en el acceso a salud para migrantes y las experiencias de cuidado. El cuarto apartado da cuenta de los desafíos, buenas prácticas y oportunidades respecto a la inserción laboral de profesionales y técnicos; la formación profesional y la convalidación de títulos; los sistemas y servicios de cuidados y el acceso a información y monitoreo. El quinto apartado entrega propuestas de políticas públicas para abordar aquellos desafíos identificados en el diagnóstico, mirando la experiencia comparada y los avances normativos e institucionales en el país y, por último, se abordan las conclusiones del informe.

1 Esta serie de informes (4) fueron desarrollados por Espacio Público y el Centro de Políticas Migratorias en el marco del proyecto "Migración y Desarrollo en Chile" y pueden ser revisados en: <https://www.politicas-migratorias.org/publicaciones>.

2. Diagnóstico

2.1 MIGRACIÓN, SALUD Y CUIDADOS EN EL MARCO DE LOS ODS

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son un conjunto de 17 metas globales, establecidas por las Naciones Unidas en 2015, con el propósito de abordar desafíos críticos a nivel mundial, como la pobreza, la desigualdad, el cambio climático y la salud, para el año 2030. Dentro de este marco, los ODS 3 y 10 son especialmente relevantes para el ámbito de salud y migración. El ODS 3 se centra en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, mientras que el ODS 10 busca reducir la desigualdad dentro y entre los países. Ambos objetivos están profundamente interrelacionados con los aportes de la población migrante en los sistemas de salud y cuidados, tema central de este informe, ya que mejorar la salud es fundamental para que las personas puedan trabajar, ser productivas y contribuir al desarrollo socioeconómico, tal como lo reconocen la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008)² y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018).

Por otra parte, la distribución de la fuerza laboral, tanto en el área de la salud como en la de cuidados, debería mejorarse y adoptar un enfoque de género en el diseño de políticas y programas, teniendo en cuenta ciertos patrones vinculados a la feminización de la migración, surgidos en la primera década del 2000 (Mora 2008; Stefoni y Stang 2017; OIM, 2018), y que se combinan con nuevos flujos y dinámicas migratorias en cuanto al origen y composición de la migración actual en Chile. Estos aportes también debiesen integrar las necesidades de salud, salud sexual y reproductiva, salud mental y salud laboral de la población en las políticas y programas de salud locales y nacionales e incorporar mejoras respecto a la cobertura y

tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles³.

En este contexto, podemos reconocer el rol de las personas migrantes como agentes de desarrollo, al integrarse a los sistemas de salud y cuidados de los países receptores. Dentro de los aportes específicos se encuentra la posibilidad de ampliar la oferta médica, mejorar la calidad de la atención y garantizar el acceso a servicios de salud en poblaciones que enfrentan desafíos demográficos, tales como el envejecimiento y las bajas tasas de natalidad (Cabieses, Gálvez, y Ajraz, 2018; Cecchini y Pizarro, 2023; Van der Laet, 2017). Otro importante aporte son las tareas de cuidado asumidas por la población migrante y reconocidas como actividades con una alta participación de mujeres (Pérez Orozco, 2007).

Con el propósito de alcanzar el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para la población en los próximos años, sugerido por la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA 2018 – 2030), se requiere fortalecer y transformar la organización y gestión de los servicios de salud por medio del desarrollo de modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad, desde un enfoque interseccional, que incorpore el género y los determinantes sociales de la salud (DSS) como ejes centrales. Desde este enfoque, el diagnóstico del contexto de salud y cuidados en Chile, que presentamos a continuación, aborda la contribución de los inmigrantes al fortalecimiento del sistema de salud y actividades de cuidado. Se analizan los aportes a partir de la información y datos disponibles, junto con las políticas públicas y programas más actualizados en torno al sistema de salud y cuidados y literatura pertinente.

2 Resolución WHA61.17, OMS, 2008. Considera las necesidades sanitarias de los migrantes en el marco de la más amplia agenda de la migración y el desarrollo y exhorta a los países miembros a tomar medidas al respecto.

3 Corresponde a avances en las metas 3.3, 3.4 y 3.7 del ODS N° 3.

2.2 BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD Y SERVICIOS DE CUIDADO

2.2.1 Falta de profesionales y técnicos de la salud

Latinoamérica y El Caribe tienen un promedio de dos médicos por cada 1.000 habitantes y la mayoría de los países se encuentran por debajo del promedio de la OCDE de 3,5. La región tiene menos de tres enfermeras por cada 1.000 habitantes, tres veces menos que el promedio de la OCDE de casi nueve (OCDE y Banco Mundial, 2020). Siguiendo los estándares de la OMS, si bien han existido avances en distintas dimensiones, en Chile sigue existiendo un déficit de profesionales de la salud. Se calcula que hay 31,7 médicos por cada 10.000 habitantes (OMS, 2022). En cuanto a enfermeras y matronas, Chile es el segundo país con menor déficit en la región, después de Uruguay, que no presenta carencias en este aspecto. Para lograr una cobertura efectiva del 80% de la demanda de atención de salud, la OCDE y el Banco Mundial (2020) estiman que se necesitarían al menos 20,7 médicos, 70,6 enfermeras y matronas, 8,2 odontólogos y 9,4 personal farmacéutico por cada 10.000 habitantes.

Chile es el país con la mayor tasa de rotación laboral⁴ de empleados de la salud entre una muestra de 25 países pertenecientes a la OCDE (Minsal, 2022), lo que suele estar asociado a una peor calidad del empleo. La tasa de rotación promedio encontrada en 2020 y 2021, en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, alcanza un 9,3%, con una tasa de entrada promedio de 11,7% y una tasa de salida de un 6,8%, según lo observado en la Administración Pública en general. La mayor tasa de rotación se presenta en servicios de

salud de la macrozona Centro – Norte, alcanzando un 10,96% en el año 2021. En cuanto a los médicos generales, se observa una tasa de rotación sobre el 18% en 2020 y 2021. Las especialidades que presentan mayor tasa de rotación en el año 2021 corresponden a medicina materno fetal; medicina física y rehabilitación; psiquiatría pediátrica y de la adolescencia; medicina de urgencia; imagenología; inmunología; geriatría; genética clínica; psiquiatría adultos; medicina interna; oftalmología; salud pública; anatomía patológica y diabetología.

Otro aspecto relevante es la disminución de las tasas de titulación de las carreras del área de la salud entre los años 2010 y 2020. Durante dichos años, las carreras de medicina, odontología y kinesiología presentaron un descenso en las titulaciones de 60,1%, 47,5% y 29,2% respectivamente. Este descenso se agudiza el año 2020, observándose una variación del 52,4% respecto al año 2019, en donde los principales descensos se observan en las carreras de odontología con un 75,6%, medicina con 72,5% y kinesiología con un 70,5% (Mineduc, 2021). Esto se explica, en parte, por la suspensión de actividades producto de la emergencia sanitaria en el contexto de la pandemia de Covid-19, situación que afectó la realización de procesos finales de titulación durante el año académico, prácticas profesionales, evaluaciones finales y actividades presenciales, retrasando la certificación formal de titulaciones del año 2020, traspasándolas al periodo de titulación 2021.

4 Es un indicador de flujo laboral, que permite captar las transiciones de las personas desde y hacia el mercado laboral, y dentro del mismo (INE, 2022). Este indicador se mide a partir de la tasa de entrada y la tasa de salida. La tasa de entrada corresponde a los nuevos puestos de trabajo que se crean entre un periodo y otro, y los puestos de trabajo que existían en uno de esos periodos. La tasa de salida mide la relación entre los puestos de trabajo que se registran en un periodo y no en el siguiente, y los puestos de trabajo que existían en uno de esos periodos. La tasa de rotación se calcula como el promedio entre la tasa de entrada y la de salida.

2.2.2 Los aportes de los migrantes

En América Latina, la migración de profesionales de la salud ha desempeñado un papel fundamental en el fortalecimiento de los sistemas de salud (Awases, Gbary, Nyoni y Chatora, 2004; Stilwel et al., 2004). Muchos países de la región han experimentado una emigración significativa de equipos médicos hacia países desarrollados y en vías de desarrollo. En este contexto, también ha habido un aumento en la migración intrarregional, donde profesionales de países con excedentes de personal de salud se han desplazado hacia aquellos con escasez (Gissi Barbieri y Martínez Ruiz, 2018; Pedone y Alfaro, 2018). Este flujo migratorio de profesionales de la salud ha permitido ampliar la oferta médica en los países de destino, mejorando la atención primaria, la capacidad de diagnóstico y el acceso a especialistas en áreas específicas y sectores aislados. Por otra parte, han aportado conocimientos y prácticas innovadoras, enriqueciendo la diversidad cultural de los sistemas de salud, aumentando la oferta de prestaciones en los servicios públicos y promoviendo la adopción de enfoques más integrales, pertinentes culturalmente y equitativos.

A partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud (RNPI-SIS), es posible evidenciar que, en 2021, 15.972 médicos y 1.363 enfermeros titulados en el extranjero se encontraban inscritos como prestadores individuales; cifra que representa un aumento del 29,8% entre los años 2019 y 2021. En particular, el 82,8% de los médicos titulados en el extranjero con registro RNPI-SIS en 2021 provenían de Colombia, Cuba, Ecuador y Venezuela. De las y los profesionales de la enfermería, el 77% corresponde a titulaciones realizadas en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. A pesar del aumento de los prestadores individuales de salud de origen extranjero en los últimos años, se observa que el porcentaje de aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) es muy inferior entre profesionales chilenos y migrantes (ver tabla 1 anexo). Entre los años 2010 y 2018, la tasa de aprobación promedio entre examinados chilenos alcanzó un 95%, mientras que entre examinados migrantes

correspondió a un 22%. Si bien desde 2019 en adelante el porcentaje de migrantes que aprobaron el EUNACOM ha sido al menos de un 45%, sigue siendo muy inferior si se lo compara con los examinados chilenos.

El aumento progresivo y sostenido desde el año 2009 hasta 2022 en el número de profesionales de la salud extranjeros que han rendido el EUNACOM, pasando de 394 examinados en 2009 a 4.823 en 2022 dan cuenta de la llegada de médicos y especialistas extranjeros a Chile y su intención de insertarse laboralmente en los servicios de salud del país. Ese interés también fue demostrado por la mejora en el porcentaje de aprobación del examen desde 2013 en adelante, pasando de un 8,3% de aprobados en 2013 a un 49,8% en 2022. Esta dinámica ha colaborado en aumentar la cantidad y calidad de médicos y especialistas en los servicios públicos de salud, a través de profesionales que vienen con un alto grado de formación, además de habilidades y herramientas culturalmente diversas y pertinentes en un contexto poblacional cada vez más diverso y presente en todo el territorio nacional.

El personal médico y de salud de proveniente de Venezuela ha sido el que ha aportado mayor cantidad de inscritos al EUNACOM, con 16.461 personas participantes entre 2013 y 2022, seguidos de aquellas personas provenientes de Cuba, Colombia y Ecuador (ver tabla 2 anexo). Uno de los desafíos en esta línea es la brecha en el promedio de aprobación del examen entre países de origen, considerando el mismo periodo de tiempo, ya que el 44% de los examinados venezolanos aprobaron el EUNACOM, en contraste con el 19% de los ecuatorianos, 18% de los cubanos y 13% de los colombianos. Sin embargo, es necesario advertir que sólo los examinados de nacionalidad venezolana han logrado mejorar consistentemente su tasa de aprobación del examen, observándose incluso un retroceso en profesionales de otras nacionalidades. Desde el año 2015 no hay más del 10% de profesionales cubanos inscritos que aprueben el examen, situación similar es la que han atravesado los examinados colombianos desde el 2018.

2.2.3 Atención, acceso y problemas de salud

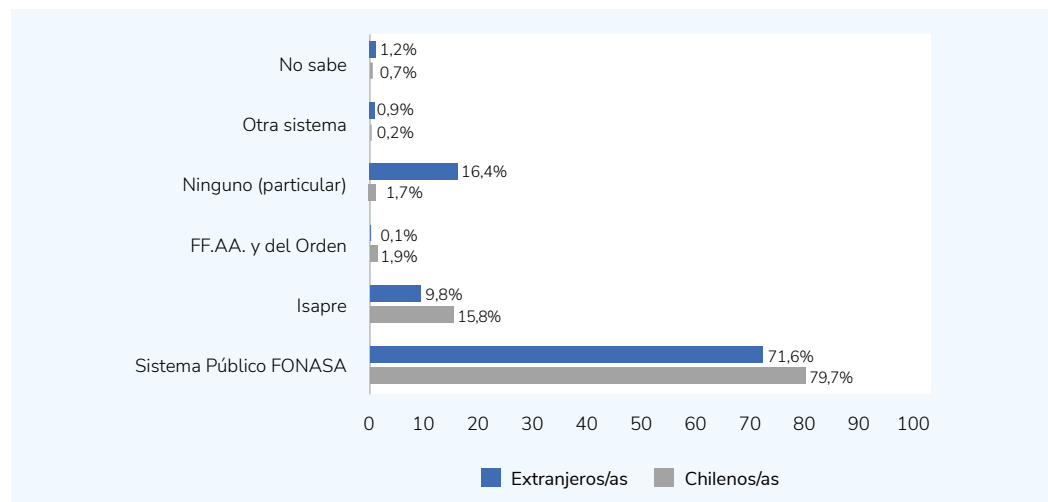
Desde el año 2018, 2,3 millones de personas han ingresado al sistema público de previsión en salud, de las cuales cerca de 887 mil son extranjeras, representando el 39% de los afiliados que ha recibido Fonasa en los últimos cinco años. El 96% de la población extranjera que reside en Chile se encuentra afiliada al sistema de salud público, lo que, según datos de Fonasa a diciembre de 2023 (ver tabla 3 anexo), suma un total de 1.553.465 beneficiarios. De ellos, 553.166 carecen de recursos y no cotizan en el sistema (segmento A). Del resto, que sí realizan un aporte, 12.035 son pensionados, 923.549 son trabajadores dependientes y 84.622 son independientes (Fonasa, 2023).

Complementando lo anterior, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) de 2022 permite identificar diferencias entre la población nacida en Chile y aquellos nacidos fuera del país respecto a la distribución en el sistema previsional de salud; el acceso a tratamientos por condiciones de salud garantizadas; el uso de establecimientos públicos de salud y consulta médica general; problemas para obtener atención y problemas de salud, enfermedades o accidentes⁵. El gráfico 1 muestra la diferencia entre población extranjera y nacional,

respecto al porcentaje de afiliados a cada uno de los sistemas previsionales de salud. En el caso de la población nacida fuera de Chile, en 2022, un 71,6% se encuentra afiliado a Fonasa, versus el 79,7% de la población nacida en Chile, y un 16,4% no se encuentra afiliado a ningún sistema o pagan un seguro particular, alcanzando las 285.432 personas.

En el caso de la afiliación al sistema privado, la población chilena alcanza un 15,8%, mientras que la población extranjera un 9,8%, lo que da cuenta de las barreras económicas por acceder a los servicios de salud privados y la fuga masiva de afiliados desde las Isapres al sistema público que se ha evidenciado los últimos años. Por último, el gráfico 1 destaca que un 16,4% de personas extranjeras que no se encuentra aún adscrito a alguno de los sistemas previsionales de salud, o bien, pagan seguros particulares para acceder a prestaciones médicas en caso de necesitarlas. Esta situación da cuenta de los desafíos para fomentar la adscripción a alguno de los sistemas disponibles y generar, con ello, mecanismos de acceso a salud preventiva que atiendan la mayor cantidad de población posible e integren a los grupos en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Gráfico 1. Distribución de la población según sistema previsional de salud por origen en 2022.



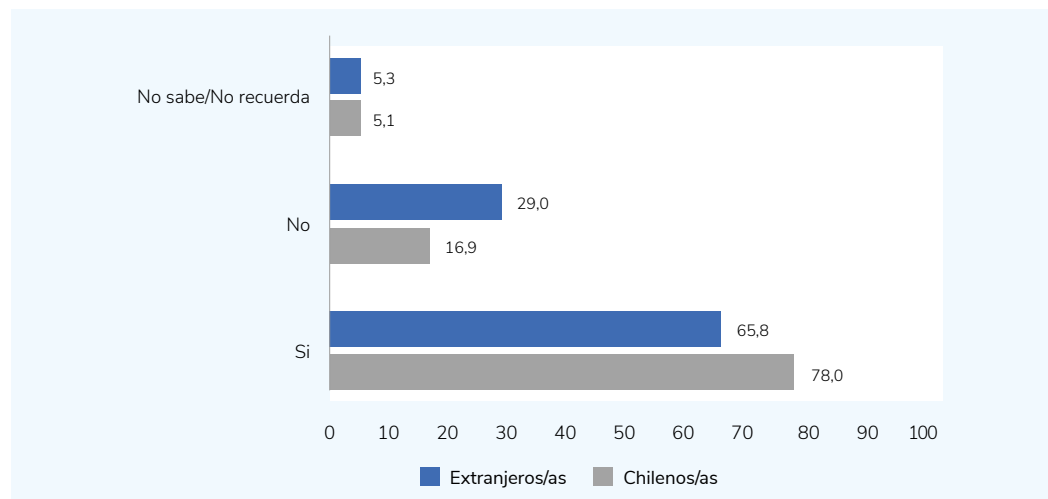
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

5 Los datos reportados respecto a la distribución de la población extranjera afiliada a Fonasa, difieren a los entregados por Fonasa, ya que implementan distintas herramientas y procedimientos metodológicos para su medición, además existe una diferencia temporal entre los datos reportados por Casen (levantados durante 2022) y los que registra Fonasa a diciembre de 2023.

Las brechas entre a la población chilena y extranjera que estuvo en tratamiento por condiciones de salud garantizadas en los últimos 12 meses, según cobertura del tratamiento del sistema AUGE – GES, por origen, en 2022, son exhibidas por el gráfico 2. En particular, la población chilena que sí estuvo en tratamiento alcanza un 78%, versus el 65,6% de la población extranjera que accedió a este tipo de tratamiento. En el caso opuesto, la población extranjera que no estuvo en tratamiento por condiciones de salud garantizadas cubiertas por el sistema AUGE – GES en 2022 alcanza el 29,0% frente al 16,9% de la población chilena que tampoco accedió a este servicio.

Nuevamente la información de este gráfico da cuenta de ciertas brechas en el acceso a prestaciones y tratamientos cubiertos por los sistemas del servicio de salud en Chile, dónde la población extranjera, por diferentes motivos, se encuentra en una situación de desventaja frente a la población nativa. Por otra parte, la población extranjera que estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses por condiciones de salud garantizadas y que no fue cubierta por el sistema AUGE-GES, según razones involuntarias de no cobertura, en 2022 asciende a 30.793 personas, representando el 76,6% de los tratamientos no cubiertos, versus el 61,0% en el caso de los nacidos en Chile.

Gráfico 2. Distribución de la población que estuvo en tratamiento por condiciones de salud garantizadas en los últimos 12 meses, según cobertura del tratamiento del sistema AUGE – GES, por origen, en 2022.

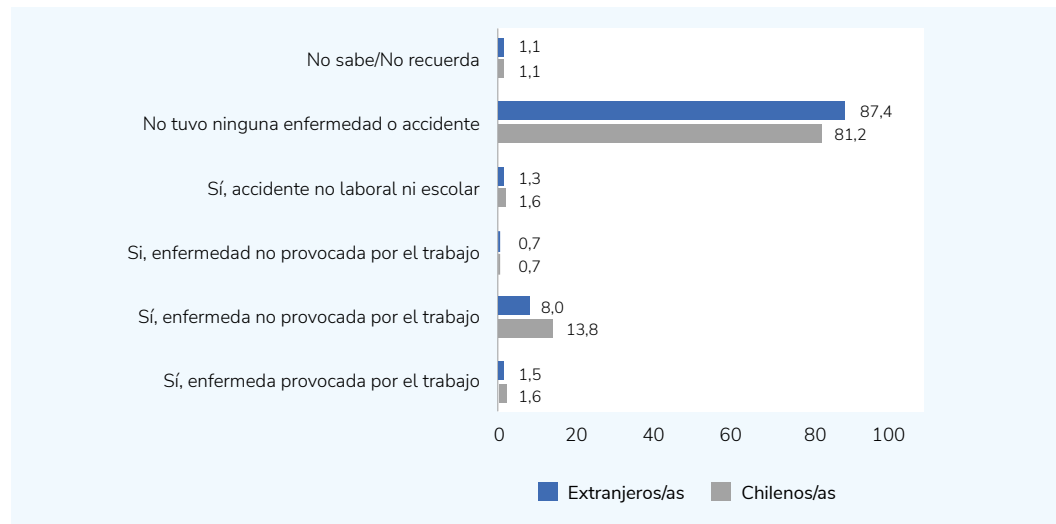


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

La información anterior adquiere más relevancia si, además, consideramos el porcentaje de personas que declara haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos 3 meses del año 2022 (ver gráfico 3) y la tasa de atención médica ante problemas de salud en los últimos 3 meses del año 2022 (ver gráfico 4). En el caso de la población extranjera, un 8,0% declara haber tenido alguna

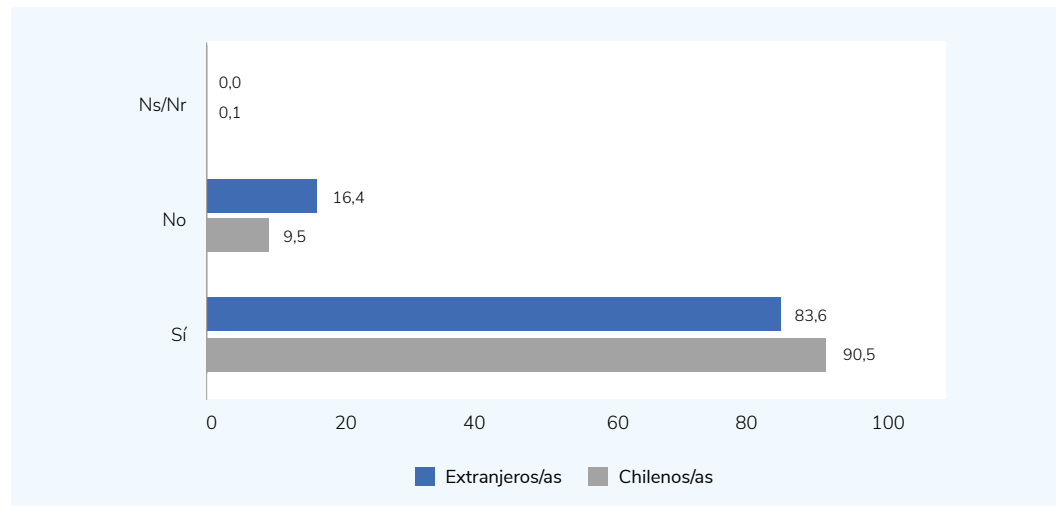
enfermedad no provocada por el trabajo y un 1,5% provocada por el trabajo, alcanzando un total de 139.367 y 26.162 personas respectivamente. Por su parte, la población chilena que declara haber tenido enfermedades no provocadas por el trabajo llega al 13,8% y al 1,6% de enfermedades provocadas por el trabajo, alcanzando un total de 2.474.379 y 289.383 personas respectivamente.

Gráfico 3. Porcentaje de la población que declara haber tenido algún problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos tres meses, por origen en 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Gráfico 4. Tasa de atención médica ante problema de salud en los últimos 3 meses, por origen en 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

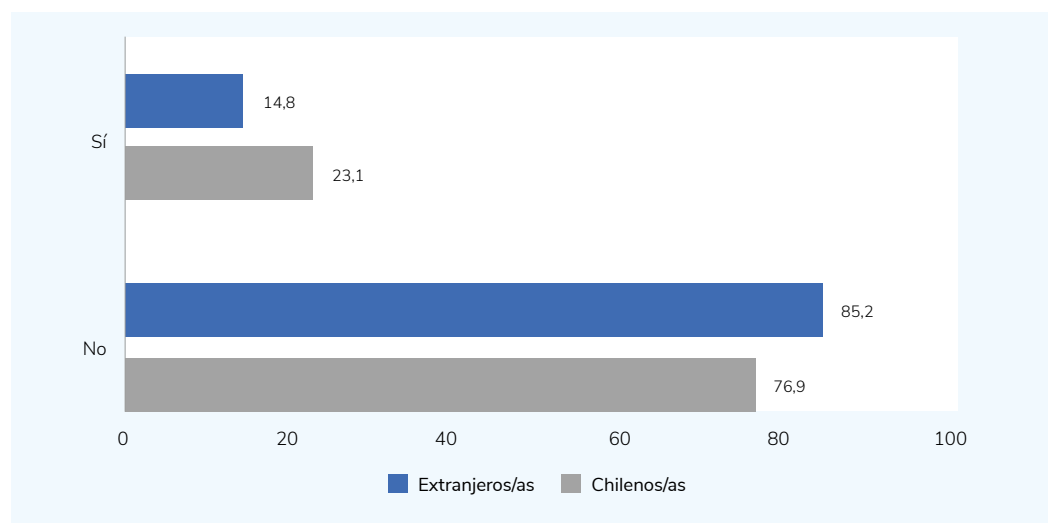
El gráfico 4 muestra la población nacida en Chile que accedió a atención médica por problemas de salud alcanza las 2.872.634 personas versus las 166.835 personas extranjeras que recibieron atención ante un problema de salud, representando un 90,5% y 83,6% respectivamente. El porcentaje faltante corresponde a aquellas personas que no se atendieron teniendo algún problema médico, lo que alcanza las 32.728 personas extranjeras y a 301.547

personas chilenas, representando el 16,4% y 9,5% del total de cada grupo respectivamente. Respecto a la atención en el sistema público de salud, el 59,3% de los migrantes lo hace en este tipo de establecimientos versus el 57,8% de los chilenos que acude a establecimientos públicos, lo que nos permite dar cuenta de que las personas extranjeras acuden a los servicios médicos con menos frecuencia que la población nativa (ver gráfico 5 anexo).

En el caso de las personas que accedieron a consulta médica en los últimos 3 meses de 2022, el gráfico 6 muestra que, en el caso de la población extranjera, un 14,8% declara haber accedido a consultas, frente al 23,1% de la población chilena que sí accedió a consulta médica en el periodo indicado. Nuevamente observamos ciertas brechas en el acceso a procedimientos preventivos, en este caso consultas médicas, entre la población chilena y extranjera, levantando evidencia respecto a

las dificultades que puede estar enfrentando la población migrante para poder acceder a servicios básicos de salud. En cuanto a la proporción de personas extranjeras que no accedieron a una consulta de salud por urgencia también supera a aquellos nacidos en Chile que accedieron a este tipo de prestación de salud durante los últimos 3 meses de 2022, alcanzando las 1.573.127 personas (90,9%) frente a los 15.556.052 de nacidos en Chile (86,9%) (ver gráfico 7 Anexo).

Gráfico 6. Porcentaje de personas que accedió a consulta médica general en los últimos 3 meses, por origen en 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

2.2.4 Actividades de cuidado y trabajo doméstico

Las cadenas globales de cuidado representan complejas redes transnacionales que sostienen la vida diaria a través de transferencias de trabajo de cuidado entre hogares. (Pérez Orozco, 2007). Siguiendo a Arriagada y Todaro (2012), las cadenas globales de cuidado surgen de la confluencia de dos crisis. Por un lado, la crisis de cuidados en los países de destino de la migración, donde existe un desbalance entre la demanda de cuidados y la capacidad y recursos destinados a cuidar. Por otro, una crisis de reproducción social en los países de origen, en contextos de pobreza agravada por factores económicos, donde la emigración en busca de sustento para sus familias constituye una de las estrategias desplegadas por las mujeres.

El aumento de la migración en ocupaciones relacionadas con los cuidados se vincula con la crisis global de los cuidados y refleja, al mismo tiempo, la persistencia de la desigualdad socioeconómica y la división sexual del trabajo a nivel global (Clark Miller et al., 2022; OIT, 2018). A pesar del incremento de la participación laboral de las mujeres, en Chile no se ha producido una reorganización del sistema socioeconómico ni una redistribución equitativa de las responsabilidades de cuidado entre hombres y mujeres (Valenzuela, Scuro y Vaca, 2020). Estos cambios en la organización del trabajo y la producción han generado precariedad e inseguridad, aumentando la tensión entre la vida laboral, personal y familiar de aquellas

personas insertas en labores de cuidado tanto formales como informales. Esta situación se intensifica en las grandes ciudades, donde las horas de desplazamiento imponen una mayor presión sobre las mujeres ocupadas para atender las crecientes demandas de cuidado de una población que envejece (CEPAL, 2019b).

Muchas mujeres migrantes se desempeñan como cuidadoras de personas mayores, personas enfermas, entre otros grupos vulnerables, aportando a los nuevos desafíos que enfrenta la salud pública debido al envejecimiento demográfico (CEPAL, 2019b; Prado y Sojo, 2010; Valenzuela y Mora, 2009). Entre 2001 y 2021, la población de más de 80 años fue el segmento etario que tuvo un mayor aumento porcentual en Chile, incrementando un 162% (CEPAL, 2019; Naciones Unidas, 2019). Según proyecciones de la CEPAL (2019), para el año 2050 las personas mayores en Chile alcanzarán el 32% de la población. Estos antecedentes permiten advertir una posible crisis de cuidado en el mediano y largo plazo relacionada al invierno demográfico que enfrenta el país. En el contexto internacional, dichas crisis suelen ser contenidas por cadenas globales de cuidado, caracterizadas por una continuidad de componentes propios del proceso de feminización de la migración (Pérez Orozco, 2007; Arriagada y Todaro, 2012) que pueden reproducir desigualdades económicas, de género, de etnia, entre otras (Yeates, 2005).

Teniendo en cuenta este contexto, las actividades de cuidado son esenciales dentro de los grupos migrantes en Chile, sobre todo ante la creciente demanda por servicios de cuidado derivada del envejecimiento poblacional y las bajas tasas de natalidad. Según el informe “Migración y salud en Chile: evidencias y desafíos” de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los migrantes representan un porcentaje significativo en el sector de cuidados, donde su participación ha aumentado con el tiempo. En particular, las mujeres migrantes han sido fundamentales para suplir la demanda en el cuidado de niños, ancianos y personas con discapacidad. El Banco Central de Chile estima que, durante la pandemia, la carga de trabajo doméstico no remunerado aumentó considerablemente, y que el 70% de estas actividades fueron realizadas por mujeres, muchas de ellas migrantes, en condiciones

de informalidad y con poca protección social.

Además, un estudio del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de 2021 destaca que la participación de la fuerza laboral migrante en el sector de cuidados ha crecido un 15% en los últimos cinco años, siendo las mujeres migrantes las más representadas en este ámbito. En particular, las mujeres provenientes de Perú, Venezuela y Haití ocupan una gran parte de estos empleos, lo que responde a la creciente demanda de personal de cuidados y trabajo doméstico. Sin embargo, la cobertura de cuidados sigue siendo insuficiente y gran parte del trabajo realizado por estas mujeres migrantes se da en condiciones de informalidad, lo que implica desafíos importantes para su integración plena en el sistema de salud y la protección de sus derechos laborales.

En el contexto chileno, en 2015 un 13% de las mujeres migrantes ocupadas se desempeñaron en el servicio doméstico, cifra que contrastó con la proporción de mujeres nacionales que se emplearon en este sector (8%), según el Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG) de la CEPAL (Valenzuela, Scuro y Vaca, 2020). Si bien el 50,4% de las trabajadoras domésticas en Chile cuenta con contrato laboral y cobertura de seguridad social, situándose como el segundo país con mayor porcentaje de trabajadores de este sector que están afiliados a sistemas de seguridad social en América Latina, se encuentra por debajo de Uruguay (dónde se alcanza un 68%). En el caso chileno, las trabajadoras domésticas de origen extranjero tienen un importante incentivo para firmar contratos de trabajo, ya que es un elemento clave para obtener una visa temporal, lo que explicaría que el 65,2% de ellas tenga cobertura de seguridad social, en contraste con el 48,9% de las trabajadoras domésticas nacionales (Gontero y Velázquez Pinto, 2023).

Aun así, cabe advertir algunas dificultades que persisten para las cuidadoras migrantes, particularmente mujeres, quienes enfrentan largos períodos de espera para obtener sus permisos de trabajo, retrasando su integración en el mercado laboral formal y aumentando su vulnerabilidad a la explotación y al trabajo informal (OIM, 2020). Ante la falta de mecanismos adecuados para la validación de habilidades y experiencia profesional en actividades de

cuidado, se observa más precariedad laboral, segmentación del mercado de trabajo y la reproducción de los roles de género en los espacios laborales (OIT, 2018). También las mujeres suelen ser víctimas de prácticas discriminatorias y xenófobas, siendo barreras adicionales que enfrentan trabajadoras que desempeñan labores de cuidado. Este elemento

es central, ya que la discriminación basada en el origen nacional y el estatus migratorio es una barrera significativa para la integración laboral y social de las personas migrantes y refugiadas (ACNUR, 2020), identificando que estas actitudes discriminatorias limitan las oportunidades laborales y afectan el bienestar psicológico y social de las mujeres migrantes.

3. Resultados de grupos focales

A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos a partir de los grupos de discusión. Para ello se organiza la información en los siguientes apartados: 1) los aportes y las experiencias positivas de los migrantes con el sistema de salud chileno; 2) los principales

problemas y dificultades relativos al acceso y el funcionamiento de los servicios de salud para la población migrantes; 3) la importancia y los desafíos relativos a las tareas de cuidado que desempeñan las personas migrantes.

3.1 LOS APORTES MIGRANTES EN EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Los aportes de las personas migrantes identificados en el área de salud son bastante coincidentes con la literatura. La mayoría de las personas reconoce que una de las principales contribuciones de la comunidad migrante es realizada por los profesionales de la salud, ya que se reconoce a Chile como un país que necesita de más médicos y especialistas. Las personas consideran que la migración puede subsanar en parte este déficit, siendo un motivo de orgullo para los migrantes como de reconocimiento por parte de los chilenos.

“Un aporte que han traído los migrantes es que hay más profesionales. Hay muchos doctores que son de Venezuela, de Colombia. Entonces ese es un aporte significativo en el mundo laboral. Cuando yo llegué, había mucho menos doctores que los que hay ahora porque han migrado.” (Hombre, ecuatoriano, 7 años en Chile, Antofagasta).

En el tema de la salud hay hartos doctores y doctoras extranjeros y también yo siento que han llegado a tapar la demanda enorme que tiene Chile en temas de salud, así que es genial también que puedan aportar con su conocimiento y a la escasez que se

genera acá, sobre todo en el servicio público. (Mujer, chilena, 33 años, Santiago).

Como evidencia la cita anterior, hay ciertas áreas donde las prestaciones de profesionales de salud son más necesarias. Es particularmente bien valorado que los migrantes contribuyan con sus servicios en el sector público y también en regiones donde hacen falta especialistas. Tal es el caso relatado por un par de personas de Puerto Montt y Antofagasta. Es importante destacar que la presencia de los profesionales migrantes en los servicios de salud es considerada indispensable, ya que sin ellos probablemente muchas atenciones serían imposibles de realizar u obligarían a las personas a atenderse en otras regiones.

“Yo tengo marcapasos puesto que me lo instaló una profesional que llegó aquí a Puerto Montt, porque Puerto Montt no tenía ese tipo de doctores, para instalar marcapasos. Había que ir a Temuco a instalárselo. Vino una doctora venezolana que era especialista, entonces, personas como ella han sido un aporte positivo en el desarrollo del sistema de salud en Chile.” (Hombre, chileno, 58 años, Puerto Montt).

Cuando el hospital nuevo se implementó, se hizo un concurso para médicos para llenar los cargos. Tuvimos harta dificultad para completar los cargos médicos y se habilitó en ese momento la posibilidad de que los extranjeros pudieran optar a estos cargos, y gracias a eso pudimos completar los cargos del hospital regional. Ellos han sido un gran aporte en términos de contar con los recursos necesarios para dar las prestaciones que el hospital tenía que dar. (Mujer, chilena, 55 años, Antofagasta).

Las personas destacan enfáticamente el aporte realizado por los profesionales de salud de origen extranjero durante la pandemia de Covid-19, particularmente porque en el contexto de emergencia pareció imposible responder a todas las urgencias médicas que comenzaron a colapsar los hospitales. La gente reconoce y valora la participación de los profesionales de salud migrante para contener la crisis sanitaria, realizando su compromiso, a pesar de las dificultades y sobrecarga laboral que experimentaron durante la crisis sanitaria.

“Hay grandes aportes en el tema de la migración y se ha visto cuando se inició este tema de la pandemia. Muchos de los profesionales migrantes se incorporaron al sistema de salud en cada una de las áreas y realizaron procesos de atención bajo cualquier dificultad, bajo cualquier imperativo, estuvieron allí.” (Hombre, venezolano, 4 años en Chile, Santiago).

“Los primeros inmigrantes venezolanos que llegaron acá eran casi todos profesionales. Y llegaron justo en el tiempo de pandemia. Ahí estuvo un gran aporte en la situación de emergencia que se estaba viviendo, porque para formar un médico no se hace de la noche a la mañana. Pasa mucho tiempo, muchos años y mucha plata para invertir en la formación de un profesional médico. Así que en eso yo creo que ellos hicieron un aporte.” (Hombre, chileno, 58 años, Puerto Montt).

Otro aporte distintivo es el trato y la atención provista por los profesionales de la salud de

origen extranjero, que es muy bien valorado por usuarios independientemente de su nacionalidad. Las entrevistas sugieren que las personas identifican a los médicos migrantes como más empáticos y que se dan más tiempo para conocer a sus pacientes y explicarles el detalle de sus diagnósticos y tratamientos. Estos atributos son percibidos como una atención más “humana”, diferenciándolos de los médicos chilenos que suelen ser caracterizados como más prepotentes o brindando atenciones más impersonales, sin prestar tanta atención o preocupación por sus pacientes. Para muchas personas migrantes estas diferencias se deben a distintas tradiciones formativas y culturales, considerándolas un aspecto que necesita ser mejorado.

“Siento que las mejores atenciones que he tenido, donde se ha tenido tiempo para explicar lo que me está pasando, ha sido con profesionales extranjeros. A diferencia de los chilenos, donde uno asiste por algo específico y tiene que resolverlo y no hay tiempo para poder seguir viendo qué es lo que le está pasando a otra persona. Yo creo que la interculturalidad tiene que aplicarse para que las personas migrantes podamos tener mejor atención en la salud.” (Hombre, peruano, 7 años en Chile, Santiago).

“Los médicos chilenos son fríos, muy fríos en su trato respecto a los médicos venezolanos. Uno está muy acostumbrado al médico que pregunta qué pasa, que rompa un poquito el hielo con una conversa. Aquí el médico chileno mide mucho el tiempo, no sé si le ha pasado que uno está en una consulta y de repente el médico te dice ‘ya se le cumplieron los quince minutos, por favor avísale al próximo paciente que pase’. Entonces esa frialdad, ese choque cultural también pega en un principio y yo creo que la parte mental es bastante importante para lograr un buen diagnóstico.” (Hombre, venezolano, 6 años en Chile, Santiago).

Estas cualidades observadas en los profesionales de salud extranjeros, además de ser beneficiosas por sí solas, pueden servir como

una referencia para que los médicos chilenos incorporen otras prácticas a sus atenciones. Complementariamente, algunas personas señalan que en otros países tienen otro tipo de enfoques médicos, con mayor énfasis en la prevención y tratamientos complementarios a la prescripción de fármacos, que podrían ser incorporados al sistema de salud chileno.

“Siento que el médico chileno, al menos en mi experiencia, era como yo soy el sabelotodo que te voy a decir haz esto y tú lo vas a hacer. También siento que cuando empezaron a existir esta variabilidad de tratamientos, siento que uno fue aprendiendo más, entonces, a mi juicio los migrantes son un aporte porque han sabido mostrar otras aristas dentro de las mismas enfermedades. De pronto la misma amigdalitis que me trataba todos los años igual, cuando me fui atendiendo con médicos extranjeros, la medicina y el tratamiento era diferente, había mucho menos riesgos de generar resistencia a ciertos medicamentos, entonces para mí eso es un aporte.” (Mujer, chilena, 31 años, Santiago).

“Yo conozco casos de doctores cubanos que tienen otro estilo de trabajo. Su trabajo fundamental es un trabajo preventivo. Y muchas veces acá en Chile no se está acostumbrado a hacer un trabajo así, acá la salud más que prevenir es curativa. Mientras no hay un paciente que tenga un determinado dolor, nadie lo trata. Cuando el paciente está sano, hay que tratarlo y conservar sano. Es diferente tratar de mantener sano a una persona que tratar de curar a una persona, operarla, intervenirla y después de tratarla de sanar. Entonces,

ahí hay una gran diferencia en la visión de cómo podría tratarse el tema de salud en Chile.” (Hombre, chileno, 58 años, Puerto Montt).

Muchas personas migrantes dicen haber tenido buenas experiencias en el sistema de salud chileno, particularmente cuando la situación contrasta con el tipo de atención que pudieron recibir en sus países de origen. La mayoría de las personas dicen sentirse satisfecha con los servicios en el sistema de salud público, destacando el profesionalismo y calidad de las atenciones considerando que son gratuitas, aunque reconocen los tiempos de espera como un aspecto por mejorar.

“Yo conocí la atención de salud pública en Chile porque en mi país hay diferenciación en la atención y a mí no me reciben en el área pública porque soy abogado, pero aquí como migrante tuve que acceder a la salud pública y realmente estoy muy satisfecha. Yo he vivido en Chile siete infartos cerebrales y he tenido atención oportuna, tengo seguimiento de especialistas de diferentes áreas. Los tiempos a veces son un más largos de lo que yo estaba acostumbrada, pero si vemos que la salud aquí es gratuita, creo que el servicio es muy bueno.” (Mujer, dominicana, 5 años en Chile, Puerto Montt).

“Las veces que he ido me han atendido muy bien en el SAPU Padre Hurtado, así que de esa parte yo vivo muy agradecida de Chile, porque muchas veces uno llega y lo atiende muy bien a uno en comparación a nuestro país, que es más compleja la salud.” (Mujer, colombiana, 3 años en Chile, Puerto Montt).

3.2. DIFICULTADES QUE EXPERIMENTAN LOS MIGRANTES EN EL SISTEMA DE SALUD

A pesar de los aportes y experiencias positivas de los migrantes en el sistema de salud, también se identificaron problemas y desafíos en los grupos focales. Las principales brechas para acceder a prestaciones sanitarias

se vinculan con problemas sistémicos y estructurales, como aquellos referidos a la falta de recursos, infraestructura y personal médico, particularmente de especialistas, afectando a personas migrantes y chilenas por igual. De

ello que se deduce que muchos hospitales se encuentran saturados y con escasa capacidad de responder la demanda requerida por las personas.

“Teniendo la opinión de los profesionales, claro, muchas veces los hospitales están saturados. La poca cantidad de espacios que tienen, pocos recursos en la mayoría de los espacios de salud, los profesionales también están sobrevendidos con todas las horas de atención que tienen que tener.”
(Mujer, chilena, 35 años, Santiago).

Debido a la falta de médicos, para muchas personas resultan cuestionables las barreras que existen para que los profesionales de otros países puedan convalidar sus títulos y ejercer en Chile. Tal consternación es mayor considerando la cantidad de profesionales migrantes que rinden exámenes para ejercer sus profesiones sin éxito, de modo que sólo un pequeño porcentaje de ellos se encuentran habilitados para trabajar en establecimientos sanitarios. Si bien los participantes están de acuerdo sobre la relevancia de que profesionales médicos certifiquen sus competencias, las elevadas condiciones representarían un impedimento para canalizar el aporte de profesionales de la salud migrantes.

“Hay muchas dificultades para validar las titulaciones de los profesionales de la salud. Por ejemplo, hace un mes más o menos hicieron las evaluaciones de los odontólogos que venían de otros países, y estuve viendo que de más de 500 personas pasaron 7 u 8. Hay algo extraño en la forma en que están haciendo la evaluación y que debería ser revisada, porque es una pérdida para Chile en vez de un beneficio.” (Mujer, dominicana, 6 años en Chile, Puerto Montt).

La falta de profesionales de la salud se manifiesta en una de las consecuencias más sentidas por las personas: largos tiempos de espera, atenciones no oportunas y falta de tratamiento continuo, particularmente en algunas áreas como la salud mental. Las personas perciben grandes desigualdades en el sistema de salud, ya que identifican la existencia de

lugares con mejor atención médica, como la Región Metropolitana y el sector privado. La gente percibe que en Santiago es más posible recibir atención especializada que en regiones. Algunos participantes sostienen que el sistema privado ofrece servicios de salud oportunos, aunque es una opción disponible para un pequeño grupo de personas debido a sus elevados costos económicos.

“Yo iba al COSAM. Obviamente, como hay muchos pacientes y pocos profesionales, los tiempos de espera son larguísimos. Por ejemplo, yo iba al psicólogo y me daban una cita para tres meses, cuatro meses. Entonces eran súper largos los tiempos de espera entre citas. Es un problema que no solamente lo sufrimos los migrantes, sino también la gente de acá. Si alguien tiene un problema más serio, más específico tiene que irse sí o sí a Santiago.”
(Hombre, ecuatoriano, 6 años en Chile, Antofagasta).

“Por mi trabajo yo estoy en una posición de salud favorable. Si yo no me puedo atender en el consultorio compro un bono y me atiendo en una clínica y lo tengo rápido, en el momento en que lo necesito, pero no es así para todo el mundo. El migrante que ha entrado de manera irregular al país, en la condición de tener solo un Fonasa A, no pueden sino esperar que les llegue la cita en 18 meses. Entonces esa es una dificultad, porque el migrante no tiene la otra opción de ir y pagar un médico particular.” (Mujer, colombiana, 12 años en Chile, Puerto Montt).

Los tiempos de espera y la percepción de un sistema de salud saturado es uno de los factores que genera más insatisfacción y malestar. Las personas suelen mostrarse susceptibles y críticas frente eventos que podrían causar el deterioro de los servicios de salud y muchos atribuyen la demora en las atenciones al aumento de la migración. Las personas migrantes estarían obteniendo derechos y prestaciones de servicios a costa del bienestar de los chilenos.

“Los chilenos y chilenas con los que me

relacioné tienen esa perspectiva de que los migrantes les están quitando sus horas de atención. Como que fuéramos prioridad por ser chilenos. Se percibe como que me están quitando algo a mí, un beneficio, una atención, una cama, lo que sea.” (Mujer, chilena, 35 años, Santiago).

Alguna animosidad entre personas migrantes y chilenas se ve reflejada en que usuarios extranjeros dicen sentirse discriminados por médicos chilenos. La mayoría de los casos mencionados se refieren a ocasiones en las que los pacientes no reciben atención durante horas, porque los médicos los ignorarían deliberadamente por su nacionalidad. En tales casos, los pacientes tendrían suerte de encontrarse con médicos extranjeros que mostrarían empatía hacia ellos y los atenderían para resolver sus afecciones.

“Sentí como denigraron a mi hijo porque era extranjero, no lo querían atender. Entonces, vino un doctor venezolano y él cargó a mi hijo y lo llevó. Como éramos inmigrantes me ayudó en esa parte,

porque los doctores chilenos denigraron a mi hijo.” (Mujer, peruana, 22 años en Chile, Santiago).

“Algunos que no, pero en el consultorio tratan muy mal a las personas que son extranjeras.” (Mujer, boliviana, 9 años en Chile, Antofagasta).

Otra fuente de vulnerabilidad corresponde a personas con otra lengua materna, como inmigrantes haitianos que hablan creole. En tales casos existen barreras para comunicarse con los profesionales de salud que dificultan el diagnóstico. Resulta imprescindible contar con el apoyo de mediadores interculturales que puedan traducir las necesidades de los pacientes extranjeros a los médicos.

“Las mujeres haitianas son las que sufren más en ese sentido. Porque el idioma no nos apoya mucho, porque la gente no puede comunicarse, no pueden decir lo que sienten, no pueden hablar de lo que quieren hacer en los consultorios.” (Hombre, haitiano, 6 años en Chile, Puerto Montt).

3.3. LA EXPERIENCIA DE CUIDADO DE LAS PERSONAS MIGRANTES

Las tareas de cuidado realizadas por las y los migrantes, especialmente las mujeres, son concebidas como un gran aporte al país, pues se hacen responsable del bienestar de los grupos más vulnerables, como personas de tercera edad y/o que padecen afecciones de salud, entre otras. Ahora bien, es importante notar que existen ciertas ambivalencias al respecto, pues si bien se trata de una tarea crucial para la sociedad, existe una opinión generalizada de que muchas veces se tratan de labores mal remuneradas o expuestas a condiciones de precariedad laboral debido a la informalidad, el no pago de provisiones, entre otros, problemas. En este sentido, si bien se reconoce el papel fundamental que cumplen las y los cuidadores, en la mayoría de los casos existe consciencia de la necesidad de mejorar las condiciones laborales de las personas migrantes que desempeñan este tipo de tareas.

Los participantes de los grupos focales

observan de forma cotidiana a los migrantes realizar distintas tareas de cuidado, desde domésticos a médicos, particularmente a personas de tercera edad, individuos postrados, entre otros. En varios casos se trataría de labores que los chilenos rehúsan. De esta forma se valora la disposición de las personas migrantes a desempeñar estas funciones, siendo destacados por su carácter servicial y afabilidad.

“Si tú miras a tu alrededor, cuando alguien quiere buscar a alguna persona que cuide un adulto mayor, que cuide un paciente postrado en la casa, la verdad es que los migrantes también han ocupado ese rol de manera muy significativa y con mucho entusiasmo y también con muchas habilidades blandas. Ellos han hecho un gran aporte y siempre están disponibles para trabajar en eso.” (Mujer, chilena, 55 años, Antofagasta).

Algunas personas, migrantes y chilenas, muestran preocupación porque las tareas de cuidado pueden naturalizar e invisibilizar situaciones de abuso laboral. La principal razón por la cual los migrantes desempeñan las labores de cuidado se debería a sus bajos salarios, siendo un trabajo especialmente accesible para personas recién llegadas al país y sin oportunidad de convalidar sus títulos o sin redes laborales para acceder a mejores trabajos. Además, cabe resaltar la feminización de este trabajo, cuestión motivada tanto por las condiciones de los mercados laborales como por los prejuicios de la sociedad que asocian a las mujeres con los trabajos domésticos.

“Cuando los migrantes llegan tienen que buscar un trabajo, los primeros trabajos en que piensan... ‘Mira, yo puedo trabajar en una casa de asesora del hogar o cuidando adultos mayores o cuidando niños’ te dicen. Muchas mujeres migrantes, siendo profesionales, en sus primeros inicios en el país lo tienen que hacer.” (Mujer, colombiana, 12 años en Chile, Puerto Montt).

“Existe la visión de que las mujeres migrantes en realidad migran para ser cuidadoras y las mujeres tienen que cargar con ese prejuicio. Por lo menos pasa con las mujeres colombianas, las mujeres peruanas, haitianas. Y es como bien contradictorio porque al mismo tiempo ingresan a cuidar a personas, pero tienen que dejar de lado el cuidado de sus hijos, que pueden estar acá, pueden estar en su país.” (Hombre, peruano, 9 años en Chile, Santiago).

Precisamente, la superposición de tareas a las que se ven enfrentadas las mujeres que se desempeñan como cuidadoras, ya que tienen la presión de complementar sus trabajos de cuidado remunerados con las tareas domésticas en sus hogares, las hace particularmente vulnerables al estrés y problemas de salud mental. Además, en muchos casos las personas indican que frecuentemente se difuminan los límites de las funciones que las personas deben cumplir como cuidadoras, ya que varios empleadores, además de esperar que cuiden a personas con problemas de salud, les exigen otro tipo de tareas que muchas veces exceden los acuerdos iniciales.

“Aquí se abusa con el tema del cuidado. Conocemos muchísimos casos de abuso en que contratan a la persona como cuidadora de personas enfermas de Alzheimer. Un paciente de Alzheimer tiene que tener un cuidador sólo para cuidarlo, pero entonces le agregan: ‘Usted tiene que cocinar, lavar, planchar, hacer el aseo, cocinarles a todos y atender’. Están mezclando labores de asesor de hogar con cuidador de adulto mayor o cuidador de paciente, y ahí viene la vulneración de los derechos, y el migrante o la migrante que necesita un contrato acepta, y eso va en detrimento de la calidad de vida y de la salud del cuidador.” (Mujer, colombiana, 12 años en Chile, Puerto Montt).

Como respuesta, los participantes señalan alternativas y caminos para mejorar la situación de las y los cuidadores. Por un lado, las personas podrían contar con capacitaciones para adquirir herramientas y competencias para el cuidado. Por otro lado, contar con certificaciones profesionales que reconozcan y validen las experiencias profesionales de mujeres con años de trabajo a pesar de no tener título profesional.

“Yo creo que nosotros, como país, deberíamos educar a las personas, poderlas especializar en el trabajo de cuidado y que ellas puedan ser un aporte cuando desempeñen un trabajo doméstico o cuando ellas trabajan en un trabajo de cuidado a personas enfermas.” (Hombre, chileno, 58 años, Puerto Montt)

“Ahora, en este momento, a través del Servicio Nacional de Migraciones postulamos a un proyecto y tenemos cupo para 15 mujeres migrantes a las cuales Chile les va a certificar la capacidad de cuidadores de adultos mayores, eso yo lo veo súper positivo. Se hace necesario porque a la hora de ir a postular un trabajo que te dé un contrato y que te den todas las prestaciones de ley, que te paguen de manera correcta, digna y legal, te van a pedir una certificación.” (Mujer, colombiana, 12 años en Chile, Puerto Montt).

4. Desafíos, buenas prácticas y oportunidades

La literatura y la experiencia comparada identifican mecanismos y buenas prácticas para potenciar el aporte en el área de salud y cuidados de los migrantes y su consecuente contribución al desarrollo de los países de destino. Nos centraremos en analizar la experiencia comparada a nivel regional e internacional para identificar buenas prácticas, oportunidades y desafíos en la consideración de la inmigración como dinamizador y motor de desarrollo de los sistemas de salud y cuidado en los países de destino. Gran parte de las iniciativas en salud y cuidados necesitan recursos adicionales, sin embargo, hay posibilidades que no requieren grandes inversiones, como medidas para facilitar información, capacitación dentro de los equipos de salud, estrategias de comunicación que puede tomar un municipio en el acceso a la atención primaria y el diseño de políticas con perspectiva local, entre otros.

Durante la fase participativa en la elaboración de la PNME, el Ministerio de Salud reportó que persisten desafíos que limitan el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes en nuestro país. Estos se resumen en el desconocimiento de derechos y funcionamiento del sistema por parte de la población migrante, las brechas de capacitación a funcionarios en Derechos Humanos, salud intercultural, migración y salud y la dificultad de acompañamiento según modelo de atención primaria de salud (APS) dada la movilidad de las personas migrantes. Este diagnóstico calza con la identificación de barreras de acceso que no permiten, actualmente, el desarrollo de un sistema de salud y cuidados que integre los aportes de la población migrante como factores

dinamizadores del desarrollo y mejora de los servicios de salud del país.

Ante esta situación, existe una necesidad de definir estrategias para abordar el acceso y los aportes a la salud de la población migrante en Chile. El estudio de Esnouf et al., (2023) sugiere que debemos reconocer a los migrantes como sujetos de derechos y como un grupo que requiere políticas e iniciativas adaptadas. Estos desafíos pueden ser enfrentados desde la elaboración de políticas públicas que vinculen aquellas brechas con buenas prácticas a nivel local, nacional, regional e internacional, buscando implementar medidas que mejoren el acceso a la salud de toda la población y, al mismo tiempo, potenciar el aporte de los migrantes en el sistema de salud del país.

Las iniciativas en torno a la capacitación de personal médico, convalidación de títulos y certificaciones se presentan como posibilidades que, entendiendo el contexto y sus desafíos del sistema de salud en Chile, hay que explorar, más allá de entenderlas como soluciones que deben ser implementadas. Comprendemos que estas acciones permiten avanzar en el cumplimiento de los objetivos 7.12 y 7.14 de la PNME, los cuales buscan, en primer lugar, fortalecer el acceso a la atención de salud de personas migrantes, sin discriminación y en igualdad de condiciones que los nacionales, ampliando la cobertura en atención primaria y, en segundo, promover estrategias para el acceso y atención de salud con pertinencia cultural bajo el enfoque de Derechos Humanos y mediante acciones de promoción de la salud y la cohesión social.

4.1 INSERCIÓN LABORAL DE PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE LA SALUD

Mejorar los procesos de inserción de profesionales y técnicos en el sistema de salud en Chile permitiría una mayor cobertura en la prestación de servicios de salud y de mejor calidad para toda la población. La llegada de profesionales y técnicos de salud al país permite

la implementación potencial, dependiendo de cómo se incorporen esos equipos médicos, de modelos de atención, organización y gestión de los servicios de salud, por nivel de complejidad y sobre la base de las necesidades de la población, entregando una mayor capacidad

resolutiva del primer nivel de atención y la consolidación de redes de servicios de salud integradas y diversas.

Otro desafío es que los profesionales y técnicos debiesen estar distribuidos geográficamente en diferentes niveles de atención para asegurar acceso (Benítez y Velasco, 2019), y el sistema debiese mejorar los mecanismos para atraer, reclutar y retener al personal calificado (MINSAL, 2022). Este escenario invita al diseño e implementación de iniciativas que apoyen la transferencia de aptitudes y habilidades médicas entre profesionales y técnicos de la salud extranjeros y nacionales y programas de educación del personal sanitario que incluyan la asociación para compartir capacidades y habilidades entre profesionales y técnicos nacidos en Chile y en el extranjero. Estos avances deberían considerar el perfil demográfico, epidemiológico y cultural de la población, con atención a las necesidades diferenciadas, insatisfechas y específicas de los grupos vulnerables (Cabieses, Bernal y McIntyre, 2017).

Ejemplos de políticas implementadas en la región y que apuntan en esta dirección encontramos en Brasil, con el Programa Más Médicos para Brasil (PMMB)⁶. Este programa fue implementado en 2013 para mejorar el acceso a servicios de salud en áreas rurales y/o con escasez de profesionales bajo un enfoque de enseñanza-servicio, a través del reclutamiento de médicos, tanto nacionales como extranjeros, quienes, además de la atención al paciente, participan en procesos de superación profesional y educación continua. En Argentina el Plan Nacional de Salud Intercultural busca promover la atención de salud intercultural y adecuada a la diversidad de la población, inclu-

yendo a migrantes y comunidades indígenas⁷. Se enfoca en la formación y capacitación del personal de salud en competencias culturales, incorporando la participación de traductores e intérpretes en centros de salud y la adaptación de servicios de salud a las prácticas y creencias culturales de los pacientes. Además, considera la implementación de procesos de capacitación intercultural y se promueve la atención primaria de salud, teniendo en cuenta las necesidades y diversidad cultural de la población atendida.

Chile puede considerar estos ejemplos para diseñar su propia política de inserción laboral de profesionales de la salud inmigrantes, adaptándose al actual contexto migratorio y las necesidades sanitarias específicas del país. Es fundamental que el sistema de salud chileno cuente con profesionales capacitados en movilidad humana, DSS, diversidad y pertinencia cultural, para garantizar una atención oportuna y adecuada a las necesidades de las personas. En esta línea, uno de los grandes desafíos es poder diseñar e implementar políticas de capacitación para el personal médico, que incluyan códigos éticos de reclutamiento como el Código de Prácticas Mundial de la OMS⁸, así como normas, reglamentos o directrices que aborden la incorporación de las responsabilidades que establece el estándar internacional. Al explorar posibilidades de política pública, en torno a los desafíos que supone la inserción laboral y formación del personal médico, se avanza en el objetivo 7.13 de la PNME que busca conformar equipos de salud interculturales, incorporando mediadores interculturales y adecuando culturalmente programas de salud destinados a la infancia, salud sexual y reproductiva y alimentación complementaria.

4.2 FORMACIÓN PROFESIONAL Y RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS

La situación correspondiente a la baja de matrículas en carreras del área de la salud (Mineduc, 2022), es un desafío importante y representa una oportunidad de fomentar la inserción laboral de profesionales extranjeros

en las carreras que se han visto más afectadas. Considerando que el mercado laboral en este sector presenta buenos indicadores en términos de actividad y empleabilidad, algunos de los motivos que pueden estar detrás de este

6 Revisado de <http://maismedicos.gov.br/> (consultado el 12/06/2023).

7 Revisado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/comunitaria> (consultado el 12/06/2023).

8 Resolución WHA63.16, OMS, 2010.

comportamiento puede ser reflejo de factores como el exceso de tareas administrativas; los horarios rígidos y agotadores; cargas de trabajo excesivas y/o salarios relativamente bajos (Ríos Heldt y Schonhaut Berman, 2009; Bass del Campo y Ruiz Contreras, 2010).

Sumado a ello, el déficit de personal médico y la necesidad de formación profesional en competencias interculturales abre la posibilidad de diseñar e implementar programas que apoyen la transferencia de aptitudes profesionales médicas desde y entre profesionales y técnicos de la salud y programas de educación del personal sanitario que incluyan la asociación para compartir capacidades entre profesionales y técnicos locales e inmigrantes⁹. Es importante que el sistema de salud chileno cuente con profesionales capacitados en el tema migratorio y la diversidad cultural, para garantizar una atención culturalmente competente y adecuada a las necesidades y demandas de la población migrante a través de procesos de formación continua desde las instituciones de educación superior.

Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han solicitado colaboración para atender a países en períodos de emergencias y promover la creación de alianzas entre países, agencias internacionales, instituciones técnicas y organizaciones no gubernamentales para mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias¹⁰. Destacamos como buena práctica y oportunidad el proceso de acreditación ARCU-SUR definido bajo el acuerdo internacional Mercosur, en el que Chile participa en calidad de país asociado (Saavedra, 2022). En este mecanismo también participan Brasil, Argentina, Uruguay, Paraguay, Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú. El objetivo es establecer una acreditación que posibilite el reconocimiento de la calidad de una carrera en los distintos países que participan, facilitando el reconocimiento y revalidación de los títulos de educación superior entre profesionales de los países participantes y favoreciendo el

proceso de inserción laboral en los países de destino para profesionales y técnicos de la salud inmigrantes.

Con el objetivo de generar un sistema de información, que potencie iniciativas de reconocimiento regional, para que las personas puedan hacer sus trámites de convalidación, encontramos en el Reino Unido un sistema que funciona a través de la oficina ENIC (*European Network of National Information Centres*), a través de un portal único de información y divulgación que rige para todo el sistema, en función de los lineamientos del Ministerio de Educación¹¹. Otro aspecto destacable es la consistencia y predictibilidad en el trámite, con casos de estudios comparados de buenas prácticas en Europa. Por su parte, Colombia, al igual que Reino Unido, cuenta con sistemas de información y divulgación articulados desde el nivel central a través del Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad (SACES), a través del Ministerio de Educación Nacional, quienes utilizan criterios que permiten contar con altos grados de objetividad y agilizar los procesos de obtención y convalidación de títulos¹².

A nivel local, la PNME, en el eje N° 2 “Desarrollo económico y productivo”, aborda la importancia de generar mecanismos eficientes y accesibles de convalidación de títulos y certificación de competencias laborales. Este es un desafío complejo que requiere realizar las adecuaciones, tanto legislativas como reglamentarias, que permitan el diseño de soluciones que favorezcan los procesos de inserción laboral en contextos de trabajo decente. Un desafío pendiente es abordar la dificultad que experimentan los trabajadores migrantes para obtener el reconocimiento, convalidación y homologación de títulos técnicos y profesionales. En particular, el eje N° 7 de la PNME “Integración e inclusión de personas migrantes” resalta la dificultad en el proceso de reconocimiento y certificación de competencias para el acceso al empleo y la importancia de agilizar los procesos de convalidación y

9 Buenas prácticas, oportunidades y desafíos respecto al efecto de la diversidad cultural en salud son abordados en el capítulo de Cohesión Social.

10 CE162/16. Plan de Acción sobre RRHH para el Acceso y la Cobertura Universal. OPS, 2018.

11 Revisado de <https://www.enic.org.uk/> el 12/06/2023.

12 Revisado de: <https://www.mineduacion.gov.co/portal/convalidaciones/Convalidaciones-Educacion-Superior/350670>:Conozca-el-proceso el 13/06/2023.

validación de estudios. El objetivo 7.16 de la PNME que busca actualizar los procedimientos de reconocimiento de estudios, revalidación y convalidación de títulos y técnico profesionales o universitarios. Sin embargo, falta identificar

aquellos aspectos específicos en los que es necesario tomar medidas para facilitar estos procesos y con ello la integración de profesionales y técnicos migrantes del área de la salud.

4.3 SISTEMA Y SERVICIOS DE CUIDADO

Existe una creciente demanda de servicios de salud debido al envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas, la necesidad de atención especializada y los riesgos de una nueva emergencia. La inserción laboral de trabajadores en el área de los cuidados ha sido una respuesta clave para abordar esta demanda. Este servicio lo asumen, principalmente en espacios de trabajo doméstico, muchas mujeres migrantes. Respecto a los aportes de la migración de mujeres cuidadoras en la disminución de las brechas en la provisión de cuidados de niños, personas mayores, discapacitadas y enfermas, vemos que al mismo tiempo se presentan desafíos y oportunidades (Acosta González, 2013). La migración de mujeres cuidadoras puede generar oportunidades económicas tanto para ellas como para los países receptores y de origen (principalmente a través del envío de remesas). Por otra parte, el escenario postpandemia, siguiendo a Rico y Leiva-Gómez (2021), requiere pensar en un cambio social donde las políticas migratorias y de cuidado sean un instrumento para alcanzar una mayor igualdad social y de género.

ONU Mujeres ha desarrollado una respuesta rápida y específica para mitigar el impacto de la crisis del COVID-19 en las mujeres y las niñas con el fin de garantizar que la recuperación económica las beneficie a largo plazo. En particular, esta respuesta de ONU Mujeres incluye asesoramiento sobre políticas e intervenciones programáticas y es parte de una estrategia de Naciones Unidas de recuperación, con enfoque de género, más amplia y se centra en cinco prioridades, incluyendo una línea estratégica respecto a que las personas apoyen y practiquen el reparto equitativo del trabajo de cuidados.

Esta prioridad levanta algunos desafíos para nuestro país, en particular, adaptar las políticas, programas y marcos legales con el fin de promover y proteger la salud y bienestar de las personas que se desempeñan en labores de soporte a los sistemas de salud y en labores de cuidado doméstico, de pacientes, enfermos, niños, niñas y adolescentes y/o adultos mayores, alineando el marco normativo nacional con las recomendaciones internacionales en la materia.

Teniendo en cuenta la dimensión opresiva de las cadenas de cuidado, una herramienta importante de incluir en el diseño e implementación de políticas públicas es la Escala Zarit de Sobrecarga del Cuidador¹³, la cual se relaciona con sistemas de cuidado de pacientes, adultos mayores, niños y personas dependientes y aporta información sobre la situación de los cuidadores en términos de su bienestar y nivel de sobrecarga. Esta herramienta permitiría a los responsables de políticas diseñar intervenciones y programas de apoyo más precisos y efectivos, adaptados a las necesidades específicas de los cuidadores informales y de quienes reciben cuidados. Además, la recolección de datos a través de esta escala podría ayudar a visibilizar la importancia del papel de los cuidadores informales en la sociedad y abogar por recursos y servicios que alivien su carga y promuevan su bienestar.

Dentro de las experiencias internacionales, destacamos el Programa de Cuidadores Temporales Extranjeros (TFWP, por sus siglas en inglés) de Canadá. Este programa permite a trabajadores extranjeros, incluyendo mujeres migrantes, trabajar en el cuidado de niños, personas mayores y personas con discapacidad. Además, ofrece posibilidades de optar a la residencia permanente, protecciones laborales

13 Esta escala fue desarrollada por Zarit, Reever y Bach-Peterson en 1980 y se ha convertido en una medida ampliamente utilizada para evaluar el impacto emocional, físico y social que el cuidado no remunerado puede tener en quienes lo proveen.

y acceso a servicios sociales¹⁴. Australia, por su parte, se ha apoyado en los trabajadores del Pacífico para ayudar a cubrir la escasez en diversos sectores de la economía, especialmente en el cuidado de personas mayores. El gobierno federal ha ampliado el Esquema de Movilidad Laboral Australiano del Pacífico (PALM, por sus siglas en inglés) para incluir los sectores de cuidado de personas mayores, hostelería y turismo, con el objetivo de abordar la falta de personal. Este programa además de protección laboral también entrega una alternativa hacia la residencia permanente¹⁵.

Existe una necesidad de desarrollar programas de evaluación de las necesidades de política pública en el área de cuidados y trabajo doméstico e implementar iniciativas de colaboración entre instituciones, organizaciones, trabajadoras y trabajadores de este sector de la economía. Una buena práctica, a nivel regional, en esta materia encontramos en el acuerdo de portabilidad de pensiones que tiene Chile con Perú, el cual se suma a los acuerdos de seguridad social del MERCOSUR e Iberoamericanos firmados por nuestro país. Este tipo de iniciativas se traduce también en un incentivo para que las trabajadoras domésticas remuneradas migrantes coticen en el sistema chileno y reciban su pensión en su país de origen si deciden retornar (Valenzuela, Scuro y Vaca, 2020).

Un ejemplo de esta realidad, a nivel nacional, es el que enfrentan mujeres bolivianas en la frontera norte de Chile. Debido al carácter circular de la migración de trabajadoras domésticas remuneradas bolivianas¹⁶, sus trayectorias son fraccionadas y deben buscar trabajo nuevamente cada vez que salen y retornan nuevamente a Chile. Hay un gran número que, durante su período de permanencia en Chile, enfrentan trayectorias complejas e inestables, lo que les impide trabajar de forma continua durante el período de permanencia en Chile

(Valenzuela, Scuro y Vaca, 2020). Un apoyo importante reciben de la Pastoral Migratoria y la Congregación del Buen Pastor, organismos dependientes de la iglesia católica a través de los cuales acceden a una bolsa de trabajo que facilita el proceso de búsqueda de empleo y colocación laboral, además de recibir orientaciones sobre sus derechos laborales y capacitación en tecnologías de información y comunicación de manera gratuita, facilitando la relación a distancia con sus familias (Leiva, Mancilla y Comelin 2017; Comelin y Leiva, 2017).

Consideramos que la creación del reciente Sistema Nacional de Cuidados (SNC) es una oportunidad para destacar el rol que cumplen las personas cuidadoras en nuestra sociedad y apoyarlas con capacitación, empleo formal y herramientas de independencia financiera. El SNC entrega avances para integrar a más mujeres a la formalidad laboral, ya que busca mejorar las condiciones laborales para las y los trabajadores del cuidado, impulsando economías locales bajo una perspectiva feminista y de justicia económica¹⁷. Además, incorpora un registro nacional de personas cuidadoras, el cual les permite el acceso a servicios preferenciales y posee, como uno de sus ejes principales, el fortalecimiento de los programas de cuidados domiciliarios. Esta iniciativa debe considerar como ejes prioritarios la entrega de mayor protección social hacia quienes ejercen las labores de cuidado, regularizando la situación de cuidadoras informales o no remuneradas y avanzando hacia un sistema de cuidados íntegro e inclusivo. Además, es importante que incorpore y profundice el enfoque de derechos humanos y de género como eje central de su funcionamiento, teniendo en cuenta las barreras de acceso a la salud, salud mental y salud en el trabajo de quienes ejercen labores de cuidado.

14 Revisado de <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/foreign-workers/caregiver.html> (14/06/2023).

15 Revisado de <https://www.palmscheme.gov.au/> (14/06/2023)

16 Corresponden a un grupo significativo de mujeres que se concentran en la zona Norte de Chile y realizan estrategias de migración circular, es decir de manera temporal, repetitiva y cíclica, sin la intención de asentarse en Chile como país de destino. Este tipo de migración, que implica movimientos repetitivos entre el país de origen y destino, pone en cuestión los conceptos tradicionales de migración.

17 Revisado de <https://www.gob.cl/noticias/asi-funcionara-el-sistema-nacional-de-cuidados-anunciado-por-el-presidente-boric/> (13/06/2023).

4.4 ACCESO A INFORMACIÓN Y MONITOREO

La población migrante en Chile enfrenta desafíos significativos en cuanto al acceso a información actualizada y al monitoreo de los usuarios que acceden a servicios y prestaciones de salud. A pesar de los avances en los sistemas de información en América Latina, persisten problemas relacionados con la fiabilidad, protección de datos y disponibilidad oportuna de la información (Berner y Van Hemelryck, 2020). Estos desafíos son particularmente agudos para la población migrante, donde los registros actuales no logran capturar las complejidades del proceso migratorio de forma adecuada ni las características particulares de estos grupos (Cabieses, Obach y Urrutia, 2021). Para mejorar la situación, es esencial optimizar los sistemas de registro de información y considerar la implementación de tecnologías emergentes, como el *big data*, que han mostrado ser efectivos en otros países. Estas tecnologías permitirían una mejor identificación y caracterización de los grupos de riesgo entre la población migrante, facilitando una atención sanitaria más equitativa, adecuada y pertinente.

Mirando la experiencia comparada respecto a buenas prácticas internacionales, desatacamos iniciativas tecnológicas como el “Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)”, implementada

por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia¹⁸. Por su parte, Australia ha promovido el uso de *big data* en salud a través de las iniciativas del Australian Institute of Health and Welfare y el programa My Health Record¹⁹, la cual busca centralizar los datos médicos de pacientes para facilitar el acceso a la atención sanitaria. Ambas iniciativas demuestran que la integración de tecnologías avanzadas en la gestión de información sanitaria puede mejorar significativamente el acceso y la calidad de la atención en salud.

En Chile, la adopción de estas tecnologías podría ayudar a cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Migración y Extranjería (PNME), especialmente en lo que respecta a la reducción de desigualdades en el acceso a la salud para migrantes. Por lo tanto, consideramos que implementar sistemas de gestión y monitoreo más robustos no solo facilitaría la toma de decisiones informadas, sino que también abre la oportunidad de mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación y fortalecer las alianzas, las redes y los marcos normativos con el fin de comprender, promover y proteger la salud de los migrantes desde un enfoque intercultural.

18 Revisado de <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx> (13/06/2023).

19 Revisado de <https://www.aihw.gov.au/> (13/06/2023).

5. Propuestas

a) *Prevención de prácticas discriminatorias y de exclusión*

Propuesta 1. Implementación de jornadas de sensibilización y capacitación en interculturalidad

Para prevenir prácticas discriminatorias y de exclusión, una posibilidad a explorar es la implementación de jornadas de sensibilización dirigidas a los funcionarios y estudiantes del área de salud. Estas jornadas pueden enfocarse en temáticas de interculturalidad, con el objetivo de promover un entorno inclusivo y respetuoso hacia la diversidad cultural y los desafíos que esta plantea para los sistemas de salud. El Ministerio de Salud, en colaboración con el Ministerio de Educación, tienen la posibilidad de liderar esta iniciativa, asegurando que tanto los actuales profesionales de la salud como los futuros trabajadores del sector reciban formación continua en competencias interculturales.

Estas jornadas podrían ser extendidas a

la población de acogida mediante talleres de sensibilización que fortalezcan la cohesión social y el entendimiento mutuo en aquellas comunas con una alta concentración de población migrante y con un aumento en la demanda de servicios locales de salud primaria. Identificamos en la Mesa Intersectorial de Salud Migrante un actor clave para coordinar acciones de difusión y operativos en terreno en zonas con alta presencia de población migrante, asegurando que la formación intercultural se convierta en un componente integral del sistema de salud chileno, comenzando en la implementación de esta iniciativa desde un enfoque territorial y focalizado en centros de salud públicos.

Propuesta 2. Estrategia comunicacional y articulación institucional

Otra medida posible de implementar, en el mediano y largo plazo, es la generación de una estrategia comunicacional que impacte en los medios de comunicación masiva. Esta estrategia debiese diversificar las noticias y narrativas relacionadas con la población migrante, promoviendo una imagen positiva y realista de su contribución al sistema de salud y cuidados. La implementación de una estrategia comunicacional e institucional como la propuesta es una medida relevante y necesaria para cambiar las percepciones sobre la migración en Chile y mejorar la integración de la población migrante en el sistema de salud. No obstante, para garantizar su éxito, es esencial reconocer tanto los aportes como los desafíos que el aumento de la migración trae consigo, y fomentar un diálogo inclusivo que contemple a todos los actores involucrados.

Asimismo, una mayor coordinación institucional y la colaboración con organizaciones internacionales pueden ayudar a asegurar la

sostenibilidad y efectividad de estas iniciativas. Por ello, es fundamental fortalecer la articulación entre el MINEDUC y el MINSAL en temas formativos, asegurando que los currículos educativos integren contenidos sobre salud intercultural y derechos de los migrantes. Para una implementación completa de esta iniciativa, los municipios deben ser involucrados activamente en la difusión de información actualizada sobre el acceso a salud y otros derechos, facilitando talleres de acogida para familias migrantes y asegurando que estos grupos reciban la orientación necesaria para acceder a servicios básicos en aquellas comunas con una mayor concentración de población migrante. La colaboración con organizaciones internacionales, como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y ONU Mujeres, puede proporcionar recursos y acompañamiento en la implementación efectiva de estas iniciativas.

b) *Incorporación de criterios de interculturalidad en salud y cuidados*

Propuesta 3. Fortalecimiento del rol de facilitadores interculturales y fomento de programas y planes sociosanitarios

Una posibilidad clave para incorporar criterios de interculturalidad en el área de la salud y los cuidados es relevar y fortalecer el rol de los facilitadores interculturales presentes en los establecimientos del sistema público de salud. Estos facilitadores son esenciales para mediar entre el personal sanitario y las comunidades migrantes, asegurando una comunicación efectiva y culturalmente adecuada. El Ministerio de Salud debe formalizar y expandir este rol, garantizando su presencia en todos los centros de salud con alta concentración de población migrante. Además, es fundamental que la política de salud y migración, que ya considera la interculturalidad, se traduzca en acciones concretas y aplicables en diversos escenarios clínicos y administrativos.

Operativizar la transversalización del enfoque

intercultural en el contexto de salud implica integrar de manera sistemática y continua la diversidad cultural en todos los niveles del sistema, desde la formulación de políticas públicas hasta la atención de pacientes, con el fin de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud y una atención de calidad que respete las diferencias culturales. Una alternativa en torno a esta propuesta es el fomento de programas y planes de acción del MINSAL, como lo puede ser la creación de duplas sociosanitarias desde un enfoque territorial, que integren la interculturalidad en la atención cotidiana. Estos programas deben estar diseñados para responder de manera efectiva a las necesidades específicas de las comunidades migrantes, facilitando un acceso equitativo y respetuoso a los servicios de salud.

Propuesta 4. Transversalización del enfoque intercultural en la formación y práctica sanitaria.

Para asegurar una incorporación efectiva de la interculturalidad en el sistema de salud chileno, es crucial desarrollar un Plan de Acción específico de la Política de Salud de Migrantes. Este plan debe incluir la transversalización del enfoque intercultural en todas las áreas de la salud, acompañada de capacitaciones y jornadas de formación continua para el personal sanitario (propuesta 1). Otro componente central en la transversalización del enfoque intercultural es la incorporación de políticas con enfoque de género, considerando que las diferencias de salud entre hombres y mujeres no solo se basan en factores biológicos, sino también en los diferentes riesgos y determinantes sociales de la salud (DSS), como el género, la etnia, la clase social y la orientación sexual, que impactan de manera desigual las trayectorias de salud (Krieger N., 2003; Vega J. et al, 2003).

A pesar de existir investigación sobre masculinidades²⁰, su traducción en políticas públicas a nivel regional es limitada, aun cuando la Organización Panamericana de la Salud ha determinado la masculinidad como un factor de riesgo para la salud (OPS, 2019), debido a que esta población presenta mayores resistencias a asistir a centros sanitarios y recibir tratamientos. Además, se debe incorporar la interculturalidad, junto con los temas de género y cuidados, como asignaturas obligatorias en todas las carreras de pregrado de salud. Esta medida garantizará que futuros profesionales de la salud adquieran competencias culturales y pertinencia en su formación, incorporando estas líneas formativas como parte de aquellos requisitos exigibles para la acreditación nacional.

La formación en competencias culturales es vital para superar las limitaciones prácticas

20 El concepto de masculinidades hace referencia a estos procesos en los cuales los hombres integran discursos y prácticas que se han definido social y culturalmente como propias de las formas de ser hombre (Obach y Carreño, 2022).

actuales en la implementación de la normativa de salud para migrantes. Iniciativas de formación deben ser diseñadas e implementadas en colaboración con instituciones como la OIM, ACNUR, y ONU Mujeres, aprovechando su experiencia, capacidades y recursos para desarrollar programas de alta calidad y relevancia.

Para una correcta implementación de esta propuesta, la colaboración con universidades y centros de formación profesional asegurará que estas iniciativas sean sostenibles y efectivas a largo plazo, contribuyendo a un sistema de salud más inclusivo y equitativo.

c) Fortalecimiento de sistemas de homologación y convalidación de estudios

Propuesta 5. Establecimiento de exámenes nacionales de competencias y priorización de la homologación de títulos.

La revisión de experiencias internacionales permite identificar debilidades, principalmente en la objetividad, consistencia y predictibilidad, en el proceso de convalidación de estudios y títulos en Chile. Por lo mismo, a partir de la consideración de nuevas instituciones de educación superior (IES) al proceso de convalidación dada la entrada en vigencia de la Ley de Migración y Extranjería 21.325, siguiendo a Saavedra Facusse et al., (2022), se requiere de un marco normativo y referencial de cumplimiento, con criterios y métricas claras, de carácter internacional más que institucional, de manera que la evaluación académica en los procesos de reconocimiento y revalidación de títulos no dependa de qué entidad lo ejecuta y permita crear mecanismos de cooperación nacionales y regionales.

Para abordar las barreras en la homologación y convalidación de estudios en el área de

la salud, es crucial incorporar la visión y el rol del Ministerio de Educación. Actualmente, no todas las carreras de salud en Chile tienen un examen nacional que certifique competencias, lo cual es un obstáculo significativo para los profesionales migrantes. Una iniciativa posible es desarrollar y estandarizar exámenes nacionales para las distintas disciplinas de salud (profesionales y técnicas), lo cual permitiría evaluar y certificar las competencias de los profesionales migrantes de manera justa y equitativa. Esta medida debe ser acompañada por un enfoque prioritario en la homologación de certificaciones vinculados a los cuidados, facilitando así la formalización del trabajo en servicios de cuidado. La colaboración entre el MINEDUC y el MINSAL es esencial para garantizar que estos exámenes y procesos de homologación estén alineados con las necesidades y estándares nacionales de salud.

Propuesta 6. Articulación de universidades y centros de educación superior y descentralización del proceso de homologación.

La homologación de títulos debe ser articulada entre universidades públicas y estatales, estableciendo criterios unificados que faciliten el reconocimiento de las competencias de los profesionales migrantes. Para ello, es necesario aumentar el número de universidades que ofrezcan la oportunidad de revalidar títulos a enfermeros/as y matrones/as extranjeros, ampliando el proceso actualmente centralizado en la Universidad de Chile. Un proyecto clave sería diseñar un sistema descentralizado de homologación, donde varias universidades y centros de educación superior acreditadas

puedan realizar estos procesos, facilitando el acceso y reduciendo tiempos de espera para los profesionales migrantes. Este sistema debe incluir acuerdos de colaboración y estandarización de criterios entre las universidades participantes, asegurando la calidad y consistencia del proceso. Además, se recomienda la implementación de un sistema digitalizado que permita a los profesionales migrantes seguir y gestionar su proceso de homologación de manera transparente y eficiente. Estas iniciativas deben ser coordinadas con instituciones relevantes como la Comisión Nacional de Acre-

ditación (CNA), las universidades y centros de formación técnica para asegurar su efectividad y adecuación a las realidades locales.

Una oportunidad es aquella que señala Saavedra et al (2022) respecto a favorecer la utilización de los mecanismos de acreditación de cualificaciones y credenciales técnicas de nivel superior en los centros de ChileValora. La colaboración con esta agencia facilita los procesos de reconocimiento y revalidación de títulos en las IES técnicas y profesionales y podría

funcionar en colaboración con los actores que se incorporen al proceso. Además, ChileValora levanta y acredita competencias laborales a través de los distintos sectores productivos, permitiendo su articulación con el Marco Nacional de Cualificaciones en la organización y reconocimiento de aprendizajes que contribuyan facilitar el trabajo de reconocimiento y revalidación de títulos técnicos y profesionales obtenidos en el extranjero.

d) Fortalecimiento y garantías de acceso a la salud para migrantes

Propuesta 7. Análisis e incorporación de criterios sociodemográficos y territoriales para mejorar y garantizar el acceso a la salud de la población migrante.

Es esencial realizar un análisis detallado de la distribución geográfica de la población migrante en Chile para identificar áreas con alta concentración de migrantes y necesidades de salud específicas. Este análisis permitirá la implementación de estrategias focalizadas que respondan adecuadamente a las demandas de salud en diferentes regiones. El Ministerio de Salud, en coordinación con el Instituto Nacional de Estadísticas y el Servicio Nacional de Migración y Extranjería, podrían diseñar e implementar estudios periódicos sobre la distribución geográfica y sociodemográfica de los migrantes. Estos estudios servirán como evidencia base para planificar y distribuir re-

cursos de manera equitativa, asegurando que las áreas con mayor afluencia de migrantes reciban el apoyo necesario en términos de infraestructura y personal de salud. Además, se deben priorizar las áreas de implementación de estrategias de acuerdo con las necesidades de salud identificadas en el Plan Nacional de Salud, enfocándose en enfermedades de alta prevalencia como el cáncer y la salud mental, garantizando así una respuesta oportuna y adecuada a las problemáticas de salud de la población migrante avanzando, al mismo tiempo, con aquellas líneas de acción propuestas por la Política Nacional de Migración y Extranjería.

Propuesta 8. Fortalecimiento de mecanismos intersectoriales y reubicación de profesionales de salud.

Para garantizar un acceso integral a la salud de la población migrante, es crucial fortalecer las acciones intersectoriales que vinculen el sector salud con servicios de cuidado. La Mesa Intersectorial de Salud Migrante debe liderar estas iniciativas, promoviendo la colaboración entre el MINSAL, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y las organizaciones de la sociedad civil que estén vinculadas a salud y migración. Estos esfuerzos deben incluir la creación de programas de atención sanitaria que consideren las necesidades específicas de los migrantes, integrando servicios de salud con programas de asistencia social y cuidado.

Además, se debe implementar un sistema de reubicación de profesionales de salud basado en el modelo de becarios y generales de zona especialistas, orientado por las necesidades geográficas identificadas. Este sistema permitirá redistribuir los recursos humanos de salud de manera equitativa, atendiendo las áreas con mayor déficit de profesionales y mejorando así la capacidad de respuesta del sector público. Esto es especialmente relevante en áreas rurales y en sectores con alta demanda de cuidados especializados, donde profesionales y técnicos migrantes a menudo desempeñan roles cruciales.

e) *Regularización, formalización y reconocimiento de las actividades de cuidado*

Propuesta 9. Certificación y formalización de competencias laborales en el ámbito de los cuidados.

Una de las alternativas, para fomentar la certificación y formalización de las competencias laborales en temas de cuidados, es la creación de un programa nacional de certificación de cuidadores, gestionado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) en colaboración con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Este programa debe incluir una sistematización de los cuidadores informales, en el marco del registro nacional de personas cuidadoras, que incorpore enfoques de género y pertinencia cultural, reconociendo

las habilidades y experiencias previas de los cuidadores. La Organización Internacional del Trabajo y ONU Mujeres pueden ser actores claves en la implementación de esta propuesta y proporcionar apoyo técnico y metodológico para asegurar que los estándares de certificación sean inclusivos y adecuados. La implementación de este programa no solo avanza en la formalización y profesionalización de las labores de cuidado, sino que también garantiza mejores condiciones laborales y acceso a beneficios sociales para los cuidadores.

Propuesta 10. Capacitación integral para personas cuidadoras informales.

Es crucial implementar programas de capacitación integral para personas cuidadoras informales, considerando la alta demanda física y emocional de estas labores. Una línea de acción puede ser desarrollada por el Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, respecto a desarrollar y ofrecer cursos específicos sobre técnicas de cuidado, primeros auxilios, gestión del estrés y autocuidado. Estas capacitaciones deben estar disponibles en formatos accesibles, incluyendo opciones presenciales y en línea y a un costo económico

que permita ser cubierto por los usuarios, con el objetivo de asegurar una participación amplia y transversal. Instituciones como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y organizaciones no gubernamentales especializadas en cuidado pueden colaborar en la difusión y ejecución de estos programas. Además, el apoyo financiero de organismos internacionales como el Banco Mundial y actores privados puede facilitar la implementación y expansión de estas iniciativas, asegurando una cobertura adecuada a nivel nacional.

Propuesta 11. Acceso a salud mental y apoyo psicosocial para personas cuidadoras.

Para asegurar el acceso a atención en salud mental oportuna y socioculturalmente relevante, se debe establecer un programa específico de apoyo psicosocial para cuidadores, gestionado por el MINSAL en colaboración con la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Este programa debe ofrecer servicios de salud mental gratuitos, incluyendo terapia individual y grupal, y debe ser accesible en todo el país. Además, es esencial desarrollar campañas de sensibilización sobre la importancia del autocuidado y la salud mental de los cuidadores,

dirigidas tanto a cuidadores informales como formales. La participación de municipalidades y centros de salud primaria es clave para la identificación y derivación de cuidadores a estos servicios. Organizaciones internacionales como la OMS y la OPS, de la mano de centros de educación superior y universidades, pueden proporcionar recursos y asesoría técnica para la implementación efectiva de estos programas, asegurando que se adapten a las necesidades culturales y sociales de la población chilena.

6. Conclusiones

El desarrollo sostenible, tal como lo propone la Agenda 2030, requiere un enfoque sistémico que reconozca las interacciones entre diferentes dimensiones del desarrollo. La migración, cuando se gestiona adecuadamente, puede contribuir a la reducción de desigualdades y potenciar el desarrollo sostenible en los países de destino. Esto implica reconocer a los migrantes como agentes de desarrollo, destacando sus aportes en áreas como salud, educación, economía y cohesión social (OIM, 2020). Si bien los marcos internacionales, como la Agenda 2030 y el Pacto Mundial para la Migración, proporcionan una guía para coordinar estas actividades a nivel local, nacional y global, promoviendo la prosperidad y las oportunidades para todos (OIM, 2018), los aportes, desafíos y oportunidades identificados en este informe permiten generar conclusiones desde una perspectiva más acotada, pertinente y basada en la información entregada por quienes participaron en los grupos focales de discusión.

En primer lugar, los aportes y las experiencias positivas de los migrantes en el sistema de salud chileno dan cuenta de la importancia de su participación como personal médico y como usuarios de los servicios públicos. Los profesionales de la salud han ayudado a paliar la falta de médicos y especialistas, sobre todo en aquellos territorios más aislados y con un déficit de especialistas como ocurre en Puerto Montt y Antofagasta. En esta línea, la sociedad chilena en su conjunto fue testigo del aporte y la valoración respecto a la integración de personal médico durante la pandemia de Covid-19. De forma transversal se reconoce su trabajo durante los meses más complejos de la crisis sanitaria, momento en el que contribuyeron a contener el colapso de la red pública y privada de atención.

Sin embargo, persisten desafíos para su plena integración laboral, siendo uno de los principales obstáculos la baja tasa de aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) entre profesionales extranjeros en comparación con los chilenos, además de los altos costos que implica rendir el

examen, lo que limita su habilitación profesional. Mientras que en el periodo 2010-2018 la tasa de aprobación de chilenos fue de un 95%, la de migrantes apenas alcanzó el 22% y aunque ha habido una mejora en la tasa de aprobación para los migrantes desde 2019 en adelante, alcanzando un 45% en promedio, todavía es significativamente menor que la de sus pares chilenos. Un ejemplo de lo anterior se da con los médicos de origen venezolano, quienes han mostrado mejores tasas de aprobación que otras nacionalidades, mientras que profesionales de países como Cuba y Colombia siguen enfrentando barreras considerables.

Este aporte se complementa de forma positiva con el reconocimiento de una atención más empática y humana por parte de los chilenos, quienes valoran el trato cercano que ofrecen profesionales y técnicos de la salud extranjeros, al tomarse más tiempo para explicar diagnósticos y tratamientos, diferenciándose de algunos médicos nativos percibidos como más impersonales y distantes con el paciente. Por otra parte, identificamos que los profesionales extranjeros también han aportado enfoques preventivos y tratamientos complementarios que, en caso de ser integrados al sistema de salud chileno, serían de gran ayuda para fortalecer y complementar el sistema público de salud.

Respecto a los principales problemas, dificultades y desafíos reportados, destacamos la necesidad de avanzar en aquellas barreras para convalidar títulos, lo que actualmente limita la cantidad de médicos y técnicos extranjeros habilitados para ejercer su profesión. Por otra parte, la falta de infraestructura y personal de salud afecta a toda la población en su conjunto, lo que aumenta los tiempos de espera y la calidad de la atención. El acceso de la población migrante a los servicios de salud enfrenta barreras estructurales y de discriminación que impactan negativamente en su posibilidad de recibir atención oportuna y de calidad. El 39% de los afiliados nuevos en el sistema público de salud en los últimos cinco años son extranjeros, y, aunque el 96% de la población migrante en Chile está afiliada

a Fonasa, un 34% se encuentra en el grupo de mayor vulnerabilidad (segmento A), es decir, sin recursos para cotizar.

Por otra parte, los datos mostrados en la Encuesta CASEN 2022 dan cuenta que un menor porcentaje de migrantes accede a tratamientos garantizados y consultas médicas, situación en la que las barreras idiomáticas complican aún más el acceso de poblaciones no hispanohablantes, como la haitiana. Estos hallazgos resaltan la necesidad de políticas que faciliten la inclusión de mediadores interculturales, promoviendo un sistema de salud más inclusivo, adaptado a la diversidad cultural de Chile, y que responda a las crecientes necesidades de una población migrante que contribuye de manera significativa a la sociedad.

Abordando la importancia y los desafíos señalados en torno a las tareas de cuidado desempeñadas por mujeres migrantes destacamos, en primer lugar, que muchas veces están mal remuneradas, con ausencia de seguridad social y altos niveles de precariedad laboral, especialmente en el sector informal. Además, las cuidadoras suelen enfrentar estrés y problemas de salud mental debido a la carga laboral, lo que requeriría de la implementación de enfoques de atención preventivos más amplios y que consideren el acceso a prestaciones de salud mental e intercultural de forma permanente. Enfrentar estas barreras supone enfrentar aquellas desigualdades de género en el acceso al mercado laboral y los estereotipos que limitan sus oportunidades de trabajo decente.

La implementación de las propuestas señaladas requiere un enfoque coordinado y multisectorial que involucre a diversas instituciones nacionales e internacionales, como el MINSAL, MINEDUC, y organismos internacionales como la ONU Mujeres, OIM, y ACNUR, entre otros. Las estrategias deben estar

basadas en evidencia actualizada y disponible y enfocarse en eliminar las barreras y desafíos que actualmente limitan la contribución de la población migrante en el sistema de salud y cuidados en Chile. Seguir las recomendaciones que han realizado los organismos internacionales pertinentes en la materia, así como seguir levantando y analizando evidencia al respecto y mirar la experiencia comparada son acciones que deben seguir profundizando el debate en torno a los aportes de la migración al desarrollo de los países de destino. En esta línea, promover iniciativas de política pública basadas en esa evidencia y experiencia internacional es un deber del sector público, privado y de la sociedad civil, en especial en aquellos países que se comprometan con una gobernanza de la migración desde un enfoque de Derechos Humanos.

En conclusión, el informe subraya el potencial positivo de la migración para fortalecer el sistema de salud en Chile, especialmente a través de la incorporación de profesionales migrantes y el enriquecimiento cultural de las prácticas de atención. Sin embargo, para maximizar estos beneficios, es crucial superar las barreras estructurales que limitan el acceso equitativo a los servicios de salud, combatir la estigmatización de la migración en la sociedad y mejorar la articulación institucional en torno a un enfoque intercultural de la salud. Además, se deben reconocer los costos adicionales que implica la atención de una población migrante creciente y planificar soluciones sostenibles en el largo plazo. Las iniciativas propuestas en el apartado cinco son algunas alternativas posibles para construir un sistema más inclusivo y resiliente, en beneficio tanto de la población migrante como de la sociedad chilena en su conjunto.

7. Anexo

7.1 REFERENCIAS

- Acosta González, E. (2013). Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: expectativas, experiencias y valoraciones. *Polis. Revista Latinoamericana*, (35).
- Arriagada, I. y Todaro, R. (2023). Cadenas Globales de Cuidados. El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile, Santiago de Chile: ONU Mujer.
- Awases, M., Gbary, A., Nyoni, J. y Chatora, R. (2004). Migration of health professionals in six countries: a synthesis report.
- Bass del Campo, G. C., y Ruiz Contreras, M. (2010). Identificación de Factores Relacionados con la Rotación Laboral de los Médicos que Trabajan en Centros de Salud de Atención Primaria del Gran Santiago.
- Bathányi, K. (2015). "Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales", CEPAL- Serie Asuntos de Género, 2015, no 124.
- Bellei, C. (2023). Mejoramiento e innovación escolar: ¿Cómo cambiar efectivamente la enseñanza y el aprendizaje? Ofical para América Latina y el Caribe del IPE UNESCO.
- Benítez, A., Velasco, C., Aninat, I. y Vergara, R. (2019). Desigualdades en salud: Brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. Inmigración en Chile, una mirada multidimensional, 191-235.
- Berner, H. y Van Hemelryck, T. (2020). "Sistemas de información social y registros de destinatarios de la protección social no contributiva en América Latina: avances y desafíos frente al COVID-19". Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/140), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cabieses, B., Bernales, M. y McIntyre, A. M. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.
- Cabieses, B., Gálvez, P. y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 285-291.
- Cabieses, B., Obach, A., y Urrutia, C. (2021). Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales.
- Cachón González, E. (2021). Trabajo de cuidados: tensiones derivadas de su definición, sus regímenes de funcionamiento y su organización social. *Lex Social: Revista De Derechos Sociales*, 11(1), 558-586. <https://doi.org/10.46661/lexsocial.5498>
- Cecchini, S. y Pizarro, J. M. (2023). Migración internacional en América Latina y el Caribe: una mirada de desarrollo y derechos. CEPAL, 233.
- CEPAL (2019a). Panorama Social de América Latina, 2019 (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1) CEPAL, Santiago.
- CEPAL (2019b). La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes (LC/CRM.14/3) CEPAL, Santiago.
- CEPAL (2020a). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados. CEPAL, Santiago.
- CEPAL (2021). "Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y El Caribe". Santiago, Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Comelin, A., y Leiva, S. (2017). Cadenas globales de cuidado entre Chile y Bolivia y migración circular. J. Berríos & I. Bortolotto (Coords.). Migración e interculturalidad: perspectivas contemporáneas en el abordaje de la movilidad humana, 181-213.
- da Conceição F. Santiago, M., Figueiredo, M.H. (2015). Immigrant Women's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic Review. *J Immigrant Minority Health* 17, 276-284.
- de Keijzer B., Cuellar AC., Valenzuela Mayorga A., Hommes C., Caffé S., Mendoza F. (2022). Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 46: e93. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
- Díaz Franulic, C. (2017). Migración internacional, envejecimiento poblacional y segunda transición demográfica, ¿hacia dónde va Chile? *Notas de Población* N° 105, 221-257.
- Durán, María Ángeles. (2018). La riqueza invisible del cuidado. Valencia, Universidad de Valencia.
- Esnouf, S., Blukacz, A., Obach, A., Mezones-Holguin, E., Espinoza, M., DeJong, J., y Cabieses, B. (2023). The social and health protection of migrants in Chile: qualitative analysis of civil

- society proposals for constitutional change. *BMC Public Health*, 23(1), 1207.
- Gissi Barbieri, N., y Martínez Ruiz, S. (2018). Trayectorias de género en la migración sur-sur de mujeres mexicanas calificadas en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos*, 18(1), 83-118.
- Goldstein, J. (2009). "How populations age". En P. Uhlenberg, *International Handbook of Population Aging* (págs. 7-18). Springer Science & Business Media.
- Gontero, S. y Velásquez Pinto, M. (2023). Trabajo doméstico remunerado en América Latina: claves para una ruta de formalización. Documentos de Proyectos (LC/TS.2023/82), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Hasanali, S. H. (2015). "Immigrant-Native Disparities in Perceived and Actual Met/Unmet Need for Medical Care". *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17.5, pp. 1337-1346.
- Henares-Montiel J, Ruiz-Perez I, Mendoza-Garcia O. (2018). Health inequalities between male and female immigrants in Spain after the beginning of the economic crisis. *Heal Soc Care Community*, 26(6):891-7.
- Huenchuan, S. (2018). "Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos". Santiago, Chile: Libros de la CEPAL N°154, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.
- Hugo, F., Rodríguez, L., y Rodríguez, J. (2022). ENVEJECIMIENTO EN CHILE: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población. Documentos de trabajo. Instituto Nacional de Estadísticas.
- Krieger N. (2003). Gender, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Int J Epidemiol*. 32(4): 652-7.
- Lebrun, L. A. (2012). "Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among Immigrants in Canada and the United States". *Social Science & Medicine*, 74 (7), pp. 1062-1072.
- Leiva, S., Mancilla, M., y Comelin, A. (2017). Condiciones laborales de migrantes bolivianas que realizan trabajo de cuidado en Iquique. *Si Somos Americanos*, 17 (1), 11-37.
- Mathieu, M. (2024, junio 26). El 39% de los afiliados que ha recibido Fonasa en los últimos cinco años son extranjeros. *El Mercurio*.
- McDonald, T. y S. Kennedy (2004). "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada". *Social Science & Medicine*, 59, pp. 1613-1627.
- Miller, S. C., Ferrarese, E., Le, B. G., Robinson, F., Konjović, M., & Zarić, Z. (2022). The ethics and politics of care in times of crises. *Filozofija i drustvo*, 33(4), 934-946.
- Ministerio de Salud (2022). Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud 2022. Brechas por Servicio de Salud y Especialidad: Informe anual. Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.395.
- Ministerio de Educación. (2021). Informe 2020 de Titulación en Educación Superior. Servicio de Información de Educación Superior. Subsecretaría de Educación Superior, Gobierno de Chile.
- Mora, C. (2008). "The Peruvian community in Chile". *Peace Review: A Journal of Social Justice*, 20, pp. 339-347
- Mujer, C. (2019). ¿Cuánto aportamos al PIB? Primer estudio nacional de valoración económica del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en Chile. Santiago: Comunidad Mujer.
- Obach A. y Carreño A. (2022). De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género. In: Moya MO, editor. *El quehacer de la salud pública Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile. p. 169-88.
- Organización Internacional de Migraciones. (2018). La migración en la Agenda 2030 - Guía para profesionales, Ginebra. Disponible en: www.OIM.int
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). Informe sobre las Migraciones en el Mundo. Ginebra: OIM; 2018.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. Washington, DC; OPS; 2017.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Plan de acción para el Fortalecimiento de los sistemas de información para la salud, 2019-2023. Washington, DC; OPS; 2012. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51617>
- Pautassi, L. (2018). "El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato", *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 2018, no 272.
- Pedone, C. G. L., y Alfaro, Y. (2018). La migración cualificada en América Latina: una revisión

- de los abordajes teóricos metodológicos y sus desafíos.
- Pérez Orozco, A. (2007). Cadenas globales de cuidado, INSTRAW, ONU Mujeres, Documento de trabajo No 2.
- Prado, Antonio y Sojo, Ana (Ed). (2010). Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral. Libros de la CEPAL, No. 110, Santiago de Chile, Naciones Unidas, CEPAL: Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo.
- Rico, M. N., y Leiva-Gómez, S. (2021). Trabajo doméstico migrante en Chile y el COVID-19. Cuidadoras bolivianas en el descampado. Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, (53), 227-255.
- Ríos Heldt, F., y Schonhaut Berman, L. (2009). Atención primaria de salud: factores de desmotivación y estabilidad laboral de médicos generales. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(8), 378-385.
- Saavedra Facusse, T. et al. (2022). Reconocimiento y Revalidación en Chile de Títulos Obtenidos en el Extranjero (Spanish), World Bank Group. United States of America. Retrieved from <https://coillink.org/20.500.12592/583433> on 28 Oct 2024. COI: 20.500.12592/583433.
- Stefoni, C., y Stang, F. (2017). La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y auto-crítico. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (58), 109-129.
- Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., y Dal Poz, M. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World health Organization*, 82, 595-600.
- Thomázy, G. (2020). Tendencias actuales y nuevos desafíos de los migrantes en Chile. *Acta Hispanica-Acta Universitatis Szegediensis de Attila József Nominatae*, 409-421.
- Valenzuela, María Elena y Claudia Mora (Ed). (2009). *Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente*. Santiago, OIT.
- Valenzuela, M., Scuro M. y Trigo I. (2020). “Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina”, serie Asuntos de Género, N° 158 (LC/TS.2020/179), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Van de Kaa, D. (2002). “The idea of a second demographic transition in industrialized countries”. *Birth* N°35, 45.
- Van der Laat, C. (2017). La migración como determinante social de la salud. La migración internacional como determinante de la salud social en Chile: evidencia y propuesta para políticas públicas. Santiago de Chile: Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.
- Vega J, Bedregal P, Jadue L, y Delgado I. (2003). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev Med Chile*, 131(6): 669-78.
- Wohler, Y. y Dantas, JA. (2017). Barriers Accessing Mental Health Services Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Immigrant Women in Australia: Policy Implications. *J Immigr Minor Heal*, 19(3):697-701.
- Wu, Z., Penning, M. J., & Schimmele, C. M. (2005). Immigrant status and unmet health care needs. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 369-373.

7.2 Tablas y Gráficos

La tabla 1 muestra el número de examinados y porcentaje de aprobados chilenos y extranjeros en la evaluación EUNACOM entre 2009 y 2022. Los datos señalan que, pese al aumento sostenido de personal médico extranjero que ha rendido el examen (33.516 personas en total), aún persisten los desafíos en torno a la aprobación del examen por parte de aquellos que buscan certificar sus conocimientos para poder ejercer en el sistema de salud en Chile

(con un promedio de aprobación del 36,4%). En particular, en el año 2009, el número de extranjeros examinados y el porcentaje de alcanzó las 394 personas, con una aprobación del 52,5%, alcanzando el porcentaje de aprobación más alto registrado en el periodo señalado. Por otra parte, el máximo de extranjeros examinados se registró en el año 2019 con un total de 7.185 y un porcentaje de aprobación del 45,5%.

Tabla 1. Número de examinados y porcentaje de aprobados chilenos y extranjeros EUNACOM 2009 – 2022.

Año	Examinados chilenos	Aprobados	% Aprobados	Examinados extranjeros	Aprobados	% Aprobados
2009	1.091	1.084	99,4	394	207	52,5
2010	1.242	1.165	93,8	363	42	11,6
2011	1.293	1.255	97,6	477	101	21,2
2012	1.324	1.324	100	711	118	16,6
2013	1.426	1.265	88,7	727	60	8,3
2014	1.559	1.418	90,7	1.065	169	15,9
2015	1.613	1.505	93,3	2.110	566	26,9
2016	1.590	1.518	95,5	3.717	1.117	30,1
2017	1.551	1.487	95,9	5.005	1.695	33,9
2018	1.793	1.704	95	6.939	2.467	35,6
2019	1.829	1.743	95,3	7.185	3.270	45,5
2020-2022	3.541	3.471	98,02	4.823	2.404	49,8
TOTAL	19.852	18.939	95,4	33.516	12.216	36,4

Fuente: Elaboración propia con datos de EUNACOM.

La tabla 2 muestra el país de origen, número de examinados y porcentaje de aprobación de extranjeros que rindieron el examen EUNACOM entre 2014 y 2022. Aquí es importante destacar el aumento sostenido, durante el periodo señalado, de médicos venezolanos que han rendido el examen, pasando de 164 personas en 2014 a 2.894 en 2020-2022. Además de ser el principal colectivo de médicos

que accede a rendir el examen, su porcentaje de aprobación muestra mejoras sostenidas en el tiempo, pasando de un 15% en el año 2014, a un 60% en el 2020-2022. En cuanto a nacionalidades, los otros colectivos de médicos que han aumentado su participación en esta evaluación son aquellos provenientes de Ecuador, Colombia y Cuba.

Tabla 2. País de origen, número de examinados y porcentaje de aprobación de extranjeros que rindieron EUNACOM 2014 – 2022.

AÑOS	Venezuela		Colombia		Ecuador		Cuba		Bolivia		Argentina		Otros	
	Nº	Apr.	Nº	Apr.	Nº	Apr.	Nº	Apr.	Nº	Apr.	Nº	Apr.	Nº	Apr.
2014	164	15%	174	16%	101	10%	358	34%	133	13%	33	3%	95	9%
2015	450	21%	312	15%	189	9%	648	31%	238	11%	64	3%	209	10%
2016	1.313	35%	635	17%	483	13%	799	22%	276	7%	77	2%	144	4%
2017	2.466	49%	744	15%	635	13%	682	14%	279	6%	47	1%	134	3%
2018	4.528	65%	618	9%	558	8%	702	10%	328	5%	67	1%	138	2%
2019	4.646	65%	600	8%	658	9%	607	8%	427	6%	98	1%	149	2%
2020 - 2022	2.894	60%	470	10%	522	11%	356	7%	285	6%	168	4%	128	3%

Fuente: Elaboración propia con datos de EUNACOM.

La tabla 3 muestra la distribución de población extranjera afiliada a Fonasa en 2023 por grupo. La información muestra que un 34,32% se encuentra en el grupo A, correspondiente a aquellos que no cuentan con recursos y no aportan al sistema de salud por condiciones económicas y/o laborales adversas. El grupo B, concentra el 27,04% del total de extranjeros en sistema público de salud, alcanzando las 420.105 personas, el grupo C un 18,08%, con un total de 280.925 personas afiliadas y, por

último, el grupo D un 20,55% de extranjeros afiliadas, alcanzando las 319.269 personas. A partir de esta información, podemos deducir que cerca de un tercio de los extranjeros que se encuentra afiliado a los servicios de salud públicos se encuentra en una situación de carencia de recursos para acceder a prestaciones médicas, mientras que cerca de un 65% de la población extranjera afiliada a Fonasa, realiza aportes monetarios al sistema.

Tabla 3. Distribución de la población extranjera afiliada a Fonasa, por grupo en 2023.

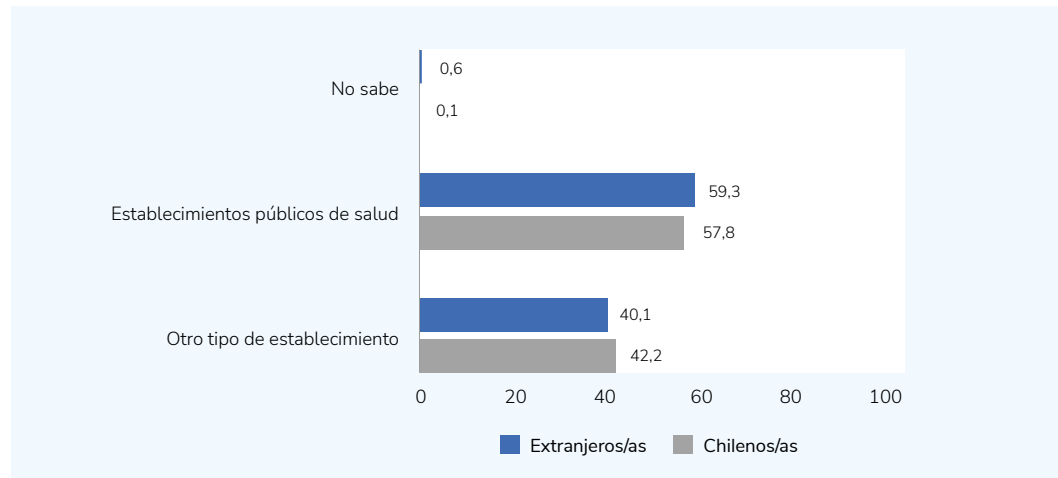
GRUPO DE FONASA	PORCENTAJE	TOTAL
A	34,32%	533.166
B	27,04%	420.105
C	18,08%	280.925
D	20,55%	319.269

Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA (2023).

El gráfico 5 señala aquella población chilena y extranjera que utilizó establecimientos de salud, según tipo de establecimiento, en últimos 3 meses de 2022. Al respecto, nuevamente se registran diferencias que pueden estar impulsadas por limitaciones económicas. En particular, pese a que las diferencias son pequeñas, la población extranjera que utilizó

establecimientos de salud, en un 59,3% de los casos accedió a la red pública de asistencia, frente al 57,8% de los chilenos que lo hizo en la red pública. Respecto al acceso a otro tipo de establecimientos, la diferencia también es pequeña (40,1% de los extranjeros y 42,2% de los chilenos).

Gráfico 5. Porcentaje de personas que utilizó establecimientos públicos de salud según tipo de establecimiento en últimos 3 meses, por origen en 2022.

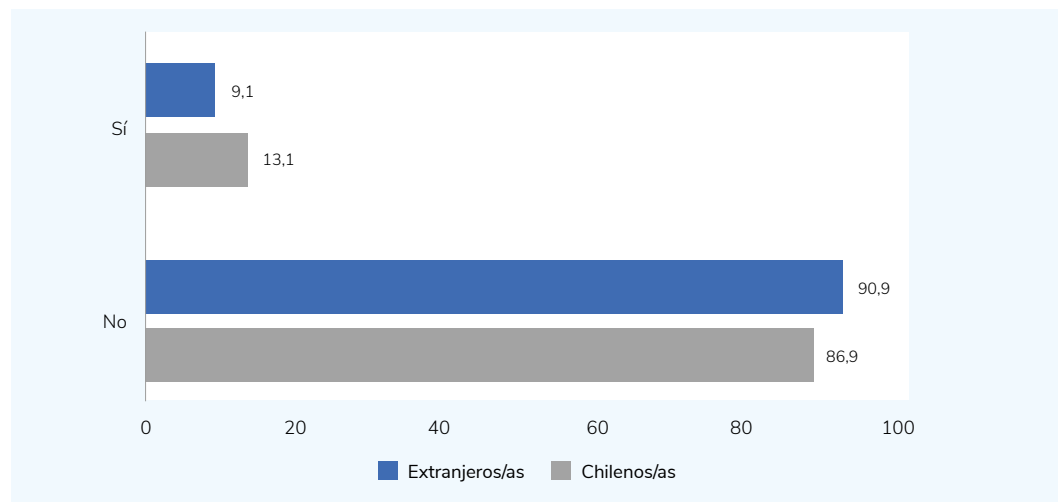


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

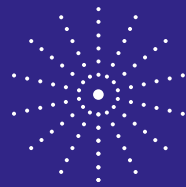
Por último, el gráfico 7 da cuenta del porcentaje de chilenos y extranjeros que accedieron a consulta de urgencia en los últimos 3 meses de 2022. Aquí, nuevamente observamos brechas pequeñas, pero importantes para dar cuenta de la diferencia entre ambos grupos a la hora

de acceder a la atención de salud en caso de urgencia. En el caso de la población chilena, un 13,1% declara haber accedido a consultas por urgencia, mientras que, en el caso de la población extranjera, solamente un 9,1% lo hizo.

Gráfico 7. Porcentaje de personas que accedió a consulta de urgencia en los últimos 3 meses, por origen en 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (2022) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.



Centro
de Políticas
Migratorias