



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS TRINDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mackarena Antilef Ojeda

MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD

FLORIANÓPOLIS

2019

Mackarena Antilef Ojeda

**MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD EN
PUNTA ARENAS, CHILE.**

Disertación presentada para el Curso de Magister en Enfermería del Programa de Posgrado en enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, UFSC.

Área de concentración: Filosofía y Cuidado en Salud y Enfermería

Línea de Investigación: Atención en Enfermería para la Mujer y la Salud del Recién Nacido.

Laboratorio de Investigación: Enfermería en la Salud de la mujer y del Recién-Nacido - GRUPESMUR

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

FLORIANÓPOLIS

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Antilef Ojeda, Mackarena
MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA
SALUD / Mackarena Antilef Ojeda ; orientador, Evangelia
Kotzias Atherino dos Santos, 2019.
88 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Mujeres. 3. Atención Integral de
Salud. 4. Servicios de Salud para Mujeres. 5. Emigrantes e
Inmigrantes. I. Kotzias Atherino dos Santos, Evangelia.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Mackarena Antilef Ojeda

MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Maria de Jesus Hernández Rodriguez
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Prof. Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Prof. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Orientadora

Florianópolis, 14 de outubro de 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mis padres, cada uno de mis logros es y será suyo, por su amor y dedicación, por la perseverancia inculcada. A mi hermana por su apoyo sincero e incondicional. A mi Lala por su apoyo constante... por siempre estar.

A mi negro por sus ganas y apoyo de siempre seguir y terminar.

Y a mí tesoro bello, Maite por tu paciencia y por las horas que por naturaleza son tuyas y las dedique a la confección de esta disertación.

...Gracias a la vida que me ha dado tanto...

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito conocer la vivencia de las mujeres que migran de diferentes lugares; principalmente Latinoamérica. El 48,7% de las personas inmigrantes en Chile hizo su ingreso de 2015 en adelante confirmando la tendencia que ha convertido a Chile en un país de destino relevante para los migrantes de América Latina y el Caribe. Magallanes acoge al 0.6% (1806 personas) de inmigrantes con permiso definitivo. Es mundialmente reconocida la migración como una determinante social de la salud, no por sí sola, sino que está dada el aumento del riesgo por los factores que envuelven la migración en sus diversos pasos. Como afectara la salud de las mujeres inmigrantes de Punta Arenas. **Objetivo:** Comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas. **Objetivos específicos:** Indagar la experiencia en el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes - Develar experiencias significativas de las mujeres inmigrantes en cuanto al acceso a la salud - Identificar el perfil sociodemográfico de las inmigrantes participantes del estudio. **Metodología:** Estudio con enfoque metodológico cualitativo, exploratorio y descriptivo. Se llevó a cabo en la ciudad de Punta Arenas. Las participantes fueron 13 mujeres y se llevaron a cabo 4 focus group entre marzo y junio de 2019 de nacionalidades venezolanas, colombianas y paraguayas. Se realizó un análisis de tipo temático. Se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad de Magallanes. **Resultados y Discusión:** Las características sociodemográficas de las participantes fueron edades entre 25 y 57 años. El 54% tenía educación media completa y el 46% se reporta como soltera. El 92% vive con su familia, un familiar directo o solo con su pareja. El tiempo de residencia en Punta Arenas oscilaba entre 2 y 144 meses. A partir del análisis de las narraciones de las participantes, emergieron las siguientes categorías detalladas y analizadas a la luz de otros estudios relacionados a la temática: Utilización de los servicios de salud; Satisfacción en el uso de los servicios de salud y Barreras para el uso de los servicios de salud, resultados muy similares a los estudios encontrados en la revisión de la literatura. **Consideraciones Finales:** El acceso a la salud de las mujeres inmigrantes se encuentra disminuido sobre todo en el periodo de llegada a la ciudad, enfrentan en general dificultades asociadas a los problemas de fondo de nuestro sistema público de salud, largas esperas y altos costo. Pero también deben enfrentar situaciones que son propias de las participantes como las dificultades en la comunicación, el desconocimiento en funcionamiento y de los derechos. Dados estas temáticas se hace necesaria la investigación en la satisfacción usuario inmigrantes de los servicios de salud, incorporar la experiencia de los hombres en el acceso a la salud, además de incluir a inmigrantes no hispanoparlantes como la comunidad brasileña y haitianos y realizar estudios de tipo cuantitativo.

Descriptor: Mujeres, Atención Integral de Salud, Servicios de Salud para Mujeres, Emigrantes e Inmigrantes, Sociedad Receptora de Migrantes, Enfermería.

RESUMO

Esta investigação teve como finalidade conhecer a experiência das mulheres que migram de diferentes lugares; principalmente na América Latina Chile em um país de destino relevante para migrantes da América Latina e do Caribe. Magalhães recebe 0,6% (1806 pessoas) de imigrantes com permissão final. A migração é reconhecida mundialmente como determinante social da saúde, não por si só, mas o aumento do risco é causado pelos fatores que envolvem a migração em suas várias etapas. Como isso afetará a saúde das mulheres imigrantes em Punta Arenas. **Objetivo:** Compreender a experiência das mulheres imigrantes no acesso à saúde na cidade de Punta Arenas. **Objetivos específicos:** Para investigar a experiência no acesso a saúde das mulheres imigrantes - experiências Revelando significativos de mulheres imigrantes no acesso à saúde - Para identificar o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo imigrantes. **Metodologia:** Estudo com abordagem metodológica qualitativa, exploratória e descritiva. Foi realizado na cidade de Punta Arenas. Os participantes foram 13 mulheres e 4 grupos focais foram realizados entre março e junho de 2019 das nacionalidades venezuelana, colombiana e paraguaia. Uma análise do tipo temático foi realizada. Foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade de Magallanes. **Resultados e Discussão:** As características sociodemográficas dos participantes foram entre 25 e 57 anos. 54% tinham ensino médio completo e 46% relataram como solteiros. 92% moram com a família, um parente direto ou apenas com o parceiro. O tempo de permanência em Punta Arenas variou de 2 a 144 meses. A partir da análise das narrativas dos participantes, que surgiu o seguinte detalhada e analisados à luz de outros estudos relacionados com as categorias temáticas: O uso de serviços de saúde; A satisfação no uso dos serviços de saúde e as barreiras ao uso dos serviços de saúde resultam muito semelhantes aos estudos encontrados na revisão da literatura. **Considerações finais:** O acesso à saúde das mulheres imigrantes é diminuída especialmente no período de chegada na cidade, enfrentando dificuldades gerais associados com os problemas subjacentes do nosso sistema de saúde pública, longas esperas e alto custo. Mas eles também enfrentam situações como dificuldades na comunicação pelo uso de tecnicismos, sentimentos de discriminação, tratamento diferente dos nativos e atendimento despersonalizado e falta de direitos. Dadas estas temática satisfação imigrantes de pesquisa do usuário dos serviços de saúde é necessário para incorporar a experiência dos homens no acesso à saúde, e incluir os imigrantes como a comunidade brasileira e tipo do Haiti e do estudo que não falam espanhol quantitativo

Descritores: Mulheres, Assistência Integral à Saúde, Serviços de Saúde da Mulher, Migrantes e imigrantes, Sociedade receptora de migrantes, Enfermagem.

ABSTRACT

This investigation had as purpose to know the experience of the women who migrate from different places; mainly Latin America Chile in a relevant destination country for migrants from Latin America and the Caribbean. Magallanes welcomes 0.6% (1806 people) of immigrants with final permission. Migration is recognized worldwide as a social determinant of health, not by itself, but the increase in risk is given by the factors that involve migration in its various steps. How it will affect the health of immigrant women in Punta Arenas. **Objective:** To understand the experience of immigrant women on access to health in the city of Punta Arenas. **Specific objectives:** To investigate the experience in immigrant women's access to health - To reveal significant experiences of immigrant women in terms of access to health - To identify the socio-demographic profile of immigrant women participating in the study. **Methodology:** Study with a qualitative, exploratory and descriptive methodological approach. It was carried out in the city of Punta Arenas. The participants were 13 women and 4 focus groups were held between March and June 2019 of Venezuelan, Colombian and Paraguayan nationalities. An analysis of thematic type was carried out. It was approved by the ethics committee of the University of Magallanes. **Results and Discussion:** The sociodemographic characteristics of the participants were between 25 and 57 years old. 54% had full secondary education and 46% reported as single. 92% live with their family, a direct relative or only with their partner. The residence time in Punta Arenas ranged from 2 to 144 months. Based on the analysis of the participants' narratives, the following detailed and analyzed categories emerged in the light of other studies related to the theme: Utilization of health services; Satisfaction in the use of health services and Barriers to the use of health services results very similar to the studies found in the literature review. **Final Considerations:** The access to health of immigrant women is diminished especially in the period of arrival in the city, face in general difficulties associated with the background problems of our public health system, long waits and high cost. But they must also face situations such as difficulties in communication due to the use of technicalities, feelings of discrimination, different treatment of natives and depersonalized attention and ignorance of rights. Given these issues it is necessary to research the satisfaction of immigrant users of health services, to incorporate the experience of men in access to health, in addition to include non-Spanish-speaking immigrants such as the Brazilian and Haitian community and to carry out studies of type quantitative.

Keywords: Women, Comprehensive Health Care, Women's Health Services, Migrants and Immigrants, Migrant Receiving Society, Nursing.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução:

A migração é um fenômeno que ocorre desde os inícios das civilizações e que envolve os problemas pessoais e territoriais, além de adaptação emocional, laboral, familiar, entre outras. This investigation to such conocer la vivencia of the women which migran of different places; principalmente Latinoamérica. A Organização Internacional de Migração (OIM), define a migração internacional como o movimento de pessoas que dejan seu país de origem no que tienen residència habitual, para establecer temporalmente permanentemente em outro país, país distinto a suyo. A imigração de latino-americanos com uma descenso de migração internacional Norte-Americana de 0.9 millones entre 1990 -2000 a solo 0.3 millones entre 2010-2017. Em 2015, o relatório foi realizado pela OEA e pela OCDE. A integração dos países das Américas aumentou em 6%. Os movimentos tanto permanentes como temporárias na região da América Latina eo Caribe em 2015 20% da imigração total nos países das Américas. O nível de inércia na América Latina e Caribe (ALC) se situou em cerca de 800 mil em 2015, com um aumento de 365 mil comparado com 2010. En el mismo report a inmigración a Chile a uma taxa de 50% entre 2012 e 2015, confirmando a tendência de um país do Chile em um país de destino relevante para os migrantes de América Latina e Caribe. Os Magallanes atingem os 0,6% (1806 pessoas) de imigrantes com destino definitivo. O que está relacionado com o sexo nacional é 53,3% no mundo da mulher que predomina de 30 a 44 anos. Actualmente as mulheres que representam o peso da força de trabalho de desempregados têm um nível mundial que significa 66,6 milhões de mulheres que migram com o objetivo de trabalhar e não como um filho da família para a reunião da família. Segun la encuesta CASEN (Caracteres Socioeconômicos Nacionales) 2015 un 15.7% dos inmigrantes não se encaixam afiliado a um sistema previsional de salud, lo que constituye una barrera de acceso a la salud, no debolving as tambidien otras dificultades que enfrentam as inmigrante; Como é que o hacinamiento, o dejar de considerar as barragens e as conocidades como o económico, previsional, información geográfico, cultural, lingüísticas e administrativas, as barreiras psico-sociais dos imigrantes e os serviços da saúde. A migração também deve ser considerada um determinante social da saúde e a relevância que obtém no país de destino onde os imigrantes devem se submeter aos determinantes do local de destino, sem esquecer de considerar todos os fatores a que os imigrantes estão expostos. o que pode colocar você em risco ou violar sua saúde.

Objetivos:

Comprometer a experiência das mulheres migrantes sobre o acesso à saúde na cidade de Punta Arenas. Objetivos específicos: Indicar a experiência no acesso à saúde das mulheres emigrantes - Desenvolver experiências importantes das mulheres emigrantes em busca de acesso à escola - Identificar o perfil sociodemográfico das pessoas participantes do estudio. A revisão da literatura permitiu conhecer o estado da arte da migração de mulheres e seu acesso à saúde. Onde foram obtidas duas categorias "acesso à saúde das mulheres imigrantes" e "barreiras que elas enfrentam no acesso à saúde".

Metodología:

Estudio con enfoque metodológico cualitativo, exploratorio y descriptivo. Se você for um cabo na cidade de Punta Arenas localizada no extremo sul do Chile, é a cidade mais populosa da Patagônia Chilena com 131.592 habitantes, é a capital da região de Magallanes. Os participantes se formaram em 13 mujeres y se llevaron a cabo 4 focus group entre março e junho de 2019 de nacionalidades venezolanas, colombianas e paraguayas. Na coleta de dados, o primeiro grupo de discussão foi contactado pelo presidente do grupo venezuelano na

Patagônia, em Punta Arenas, que convoca suas afiliadas e conseguimos concordar com a sessão nas instalações da Universidade.

A segunda discussão em grupo foi alcançada através de uma referência chilena, que forneceu o número de telefone do proprietário de uma microempresa de um imigrante colombiano na cidade em que o grupo de discussão foi realizado dependendo da empresa.

O terceiro grupo foi criado a partir de uma empresa de limpeza que trabalha principalmente com mulheres imigrantes para finalmente poder conduzir o grupo de discussão, dependendo da empresa em que os participantes foram citados.

O quarto grupo poderia ser formado por meio de redes sociais, onde um imigrante paraguaio comercializa produtos contatados por telefone e finalmente acordou um dia para o grupo de discussão em que ela e seus dois parceiros eram todos de nacionalidade paraguaia. Se realiza uma análise de tipo temático. Se conteve com a aprovação do comitê de ética da Universidade de Magallanes.

Resultados e Discussão:

As características sociodemográficas dos participantes lutam entre 25 e 57 años (Média = 39,7 y una [DS] 9,1). El 54% educação educativa completa e 46% se reporta como soltera. El 92% vive con familia, un familiar directo solo con su pareja. O tempo de residência em Punta Arenas oscilava entre 2 e 144 meses (Média = 57 y una DS = 44,7). A partir de uma análise das narrativas dos participantes, emergentes e esclarecidas categorias e anarquistas da luz de outros jogos relacionados com a temática: Utilização dos serviços de saúde; Satisfação no uso dos serviços de saúde e barragens para o uso dos serviços de saúde. Donde en el tema “utilização dos serviços de saúde”; a automedicación, dificultades para utilizar o sistema de saúde; As doações de uso de tecnicismos, tempos de espera para a atenção e falta de horas de especialidades médicas. En la temática “Satisfação no uso dos serviços de saúde”, destacando-se em relação à atenção do administrador pessoal, a atenção despersonalizada e a discriminação na última temática “Barreras for the use of the services of salud” O desconhecimento de leyes, por assim dizer tanto os refugiados como os migrantes, a navegabilidade no sistema de saúde e o culto elevado às prestações. ”Resultados de desempenho para os estudos encontrados na revista de literatura.

Considerações Finais:

O acesso à saúde das mulheres emigrantes é uma dificuldade em todos os níveis do período da docência, enfrentando dificuldades gerais como um problema de saúde no sistema público de saúde, grandes esperanças e altos. Também são capazes de localizar situações que facilitam o uso de métodos como as dificuldades na comunicação pelo uso dos tecnicismos, os sentimentos de discriminação, os diferentes aspectos e a atitude despersonalizada. A todo o anterior é um desconhecimento profundo dos derechos com as palavras em um referente ao acesso à saúde. Dados de caso a fim de obter a investigação sobre os temas expostos como a satisfação dos usuários em geral dos serviços de saúde, incorporar a experiência dos alunos no acesso à escola, incluir um número de imigrantes no hispanoparlantes como a sociedade brasileira e os haitianos y realizando estudios de tipo cuantitativo.

Descritores: Mulheres, Assistência Integral à Saúde, Serviços de Saúde da Mulher, Migrantes e imigrantes, Sociedade receptora de migrantes, Enfermagem.

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIACIONES

AUGE	Acceso Universal Garantías Explícitas
CASEN	Caracterización socioeconómica Nacional
CESFAM	Centros de Salud Familiar
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
MINSAL	Ministerio de Salud
OIM	Organización Internacional de Migración
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud

SUMARIO

1 INTRODUCCIÓN	13
2 OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GENERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 MARCO CONCEPTUAL	19
3.1 MIGRACIÓN	19
3.2 MIGRANTE	20
3.3 FEMINIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN.....	21
3.4 LA MIGRACIÓN COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD	21
3.5 ACCESO A LA SALUD	21
3.6 MIGRACIÓN COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD	25
3.7 LEYES EN SALUD PARA MIGRANTES EN CHILE	26
4 REVISIÓN DE LA LITERATURA	29
4.1. MANUSCRITO 1 - ACCESO A LA SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES	29
4.2 REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA	42
4.2.1 Sistema De Salud Chileno	42
4.2.2 Estructura	42
4.2.3 Cobertura	44
5 METODOLOGÍA	47
5.1. TIPO DE ESTUDIO	47
5.2 LOCAL DEL ESTUDIO	47
5.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	48
5.4 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
5.5 ANÁLISIS DE DATOS	50
5.6.1 Valor social	50
5.6.2 Validez científica	51
5.6.3 Selección equitativa del sujeto	51
5.6.4 Proporción favorable de riesgo – beneficio	52
5.6.5 Evaluación independiente	52
5.6.6 Consentimiento informado	52
5.6.7 Respeto a los sujetos inscritos	53

6	RESULTADOS	54
6.1	MANUSCRITO 2 - EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN EL ACCESO A LA SALUD.....	55
7	CONSIDERACIONES FINALES	72
	REFERENCIAS	74
	APENDICES	81
	APENDICE A - CONSENTIMIENTO INFORMADO	81
	APENDICE B - GUÍA DE PREGUNTAS PARA EL FOCUS GROUP	84
	APENDICE C - AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN AUDIOVIDEO	85
	APENDICE D - ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	86
	APENDICE E - DATOS SOCIODEMIGRÁFICOS	87
	ANEXOS	88
	ANEXO A - CARTA APROBACIÓN COMITE DE ETICA	88

1 INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno que ocurre desde el inicio de las civilizaciones y que implica desafíos personales y territoriales, además de adaptación emocional, laboral, familiar, entre otras. Estos movimientos territoriales siempre son en búsqueda de mejores condiciones de vida y a lo largo de la historia de hombre y con la llegada de la globalización la migración es cada día más factible de realizar por el menor costo y tiempo que en anteriormente (OIM, 2018).

En el ámbito de desempeño de esta investigadora, como docente de pasantías clínica es decir, docente en un área clínica que supervisara y guía a estudiantado es que me ha tocado prestar atención a mujeres inmigrantes, pero del gran número de atenciones realizadas una minoría corresponde a inmigrantes, es por esto que surge la motivación si esta baja asistencia a la atención primaria de salud tiene alguna razón, como se enfrenta este cambio de sistemas de salud del propio y conocido al de un nuevo país.

La migración es considerada un determinante social de la salud, pero no implica por sí misma un riesgo para la ésta, sino que son los factores multidimensionales que envuelven la migración los que podrían aumentar la vulnerabilidad de los migrantes en las diferentes etapas de ésta y como principal foco de investigación al llegar a destino los inmigrantes quedan expuesto a los determinantes sociales de comunidad de recepción donde lamentablemente se ven expuestos a situaciones de inequidad, marginación, xenofobia y discriminación. También cobran relevancia los factores estructurales donde la existencia o no de políticas claras que faciliten integración son fundamentales para que los inmigrantes puedan mantener un nivel de salud adecuado.

Esta investigación tuvo como propósito conocer la vivencia de las mujeres que migran de diferentes lugares; principalmente Latinoamérica. Permitiendo conocer lo vivido de primera fuente y con un relato formado por el conjunto de inmigrante se pretende se puedan modificar y/o mejorar aquellos aspectos que impactan negativamente en el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes, pretende además a través de un sustento vivencial ser una referencia inicial de cómo viven el acceso a salud las inmigrantes en nuestra región para fomentar su investigación y también poder educar a la población inmigrante sobre sus derechos en salud entre otros y por supuesto ser referencia para las autoridades competentes para que puedan mantener aquello que se esté realizando de buena manera y mejorar aquello que sea necesario.

El sistema de salud chileno es de naturaleza mixta (público/privado), financiado principalmente por el Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas. El sistema público de salud cubre el 80% de la demanda a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en la ejecución de estas prestaciones se encuentran los 29 servicios de salud regionales acompañados de la Atención Primaria de Salud que es administrada por las municipalidades de cada ciudad otorgando prestaciones al 70%, un 3% es cubierto a través del servicio de salud de las fuerzas armadas y el 7% restante son trabajadores independientes. Aproximadamente el 17,5% restante utiliza los servicios privados de atención las cuales son cubiertas directamente de su bolsillo (SUPERINTENDENCIA DE SALUD CHILE, 2012).

La Organización Internacional de Migración (OIM), define migración internacional como el movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo (OIM, 2006).

Las Naciones Unidas define migrante internacional, a la persona que vive fuera de su lugar de residencia habitual por al menos un año (ONU, 2003).

Actualmente hay unos 258 millones de migrantes internacionales en el mundo, de ellos el 57% vive en regiones desarrolladas, mientras que un 43% es albergado en regiones en desarrollo. Entre 1990 y 2017 el número de migrantes internacionales aumentó en un 69% a nivel mundial, en este mismo periodo la población migrante originarios del sur y que migra al sur aumentó de 57 millones a 97 millones un 70% de aumento (ONU, 2017).

En lo que se refiere a tendencia de migración según región el 60% de los inmigrantes lo hace hacia Asia y Europa, en tercer lugar; América del norte, cuarto África, quinto América latina y el Caribe con 10 millones de inmigrantes y por último Oceanía. El 85% de los inmigrantes reside en Asia, Europa y Norteamérica. En lo que respecta a los emigrantes de América Latina el 12% lo hace a Europa y el 55% a Norteamérica (ONU, 2017).

La emigración de latinoamericanos comenzó un descenso de migración hacia Norteamérica de 0.9 millones entre 1990 -2000 a solo 0.3 millones entre 2010-2017, por primera vez Norteamérica recibe a más asiáticos que latinoamericanos. En 2017 Latinoamérica y el Caribe presentó la menor proporción de migrantes internacionales a nivel mundial 1.5% (ONU, 2017).

El flujo migratorio desde 1950 ha sido desde regiones en desarrollo a regiones desarrolladas, pero desde 2010 comenzó a declinar la cantidad de migrantes de 3.2 millones (2000-2010) a 2.2 millones (2010-2015) (ONU, 2017).

La emigración de la región de Latinoamérica y el Caribe disminuyó de 0.8 a 0.4 millones por año, estas cifras de migración neta por región, ocultan la migración en la misma región, la llamada migración SUR- SUR (ONU, 2017).

En 2015 según el reporte realizado por la OEA y OCDE la inmigración hacia países de las Américas en conjunto aumentó en un 6%. Los movimientos tanto permanentes como temporales en la región de América Latina y el Caribe representaron en 2015 el 20% de la inmigración total los países de las Américas. El nivel de inmigración hacia países de América Latina y el Caribe (ALC) se situó en casi 800 mil en 2015, un aumento de casi 365 mil comparado con 2010 (OEA, 2017).

En el mismo reporte la inmigración a Chile ha aumentado en un 50% entre 2012 y 2015, confirmando la tendencia que ha convertido a Chile en un país de destino relevante para los migrantes de América Latina y el Caribe. En 2015 las visas otorgadas como temporales correspondieron a nacionales de origen peruano (25%), boliviano (10%), colombiano (20%) venezolano (5%) y haitiano (5%). El número de visas temporales otorgadas a haitianos y venezolanos aumentó 144% y 192% respectivamente en relación a 2014 (OEA; OCDE, 2017).

El reporte migratorio publicado en 2017 y realizado por el Departamento de Migración y Extranjería (DEM) establece a través del otorgamiento de permisos de permanencia definitiva y visas temporales entre 2005 y 2016 que; 323.325 personas obtuvieron un permiso definitivo para vivir en Chile aumentando de 17.085 en 2010 a 53.188 en 2016, teniendo un importante crecimiento el otorgar este permiso a inmigrantes provenientes de Colombia, Venezuela y Haití, los inmigrantes residen principalmente en las regiones Metropolitanas, Antofagasta y Tarapacá. Magallanes acoge a el 0.6% (1806 personas) de inmigrantes con permiso definitivo. En lo que refiere al sexo nacional el 53.3% es mujer y la edad que predomina es de 30 a 44 años.

En lo que refiere a visas temporales entre 2010 – 2016 fueron otorgadas 612.474 principalmente a peruanos, colombianos y bolivianos. Destaca el aumento de los emigrantes de Venezuela y Haití que en 2010 solicitaron 440 y 356 visas temporales y en 2016 aumento sustancialmente llegando a 22.857 y 23.721 respectivamente. En Magallanes vive el 0.9% de inmigrantes nacionales. En lo que refiere a la solicitud de visa 2015-2016 en la región de Magallanes alcanzo un 0.8% que corresponde a 2140 inmigrantes (DEM, 2017).

La naturaleza de la migración en las Américas es impulsada por distintos motivos, los distintos tipos de visas otorgadas dan cuenta de la diversidad de motivos. En prácticamente todos los países de las Américas la migración por motivos familiares fue lo más

común de la migración permanente y la migración temporal tuvo como principal motivo el laboral.

Tanto hombres como mujeres comenzaron a migrar en búsqueda de oportunidades mejores de vida y como se puede observar en las cifras presentadas más del 50% de los permisos definitivos son para mujeres. Las mujeres migran para obtener mayores ingresos económicas que en su país de origen, para reunirse con otros familiares, huyendo de condiciones dramáticas en su país de origen y para continuar estudios o perfeccionarse, como principales motivos de migración (PEREZ, 2008). Actualmente las mujeres representan aproximadamente la mitad de la fuerza trabajadora de inmigrantes a nivel mundial esto significa que el 66,6 millón de mujeres que migran con el objetivo de trabajar y no como miembro de dependiente de la familia o para la reunificación de la familia (OIT, 2015). De esta manera la inmigración internacional puede favorecer la autonomía y empoderamiento económicos de las mujeres lo que significa contribuir de manera constructiva al país de destino y ayudar a sus familias que permanecen en el país de origen. Sin embargo, la migración puede suponer hechos de amenaza a los derechos humanos de las mujeres y su seguridad. Cuando son inmigrantes las mujeres están más expuestas a hechos de discriminación, abuso y hasta explotación laboral (OIT, 2015).

Según la encuesta CASEN, 2015 las mujeres inmigrantes representan en Chile el 67.6% como tasa de ocupación, 20 puntos porcentuales superior a la de las mujeres chilenas con un 46.8%. Este porcentaje de mujeres trabajadoras inmigrantes emblemáticamente se han hecho cargo del trabajo doméstico (OIM, 2011). Estas mujeres tienen menor nivel educacional que los hombres que migran eso quizá podría explicar los puestos laborales que ocupan, sin embargo, se debe destacar que las mujeres inmigrantes tienen en promedio un mayor nivel educativos que las mujeres chilenas (CASEN, 2015), lo que permite visualizar las mayores desventajas que sufren estas mujeres en el mercado laboral.

En Punta Arenas, existe una clara feminización de la migración con 54.5% de un total de 3.039 inmigrantes provenientes principalmente de Argentina 52.7%, Colombia 8.4% y República Dominicana 5.5% (DEM, 2016). Las actividades desempeñadas principalmente por los inmigrantes sin diferencia de género son empleados (dependientes), dueña de casa y estudiante.

La inmigración al ser un fenómeno multidimensional se puede explorar desde diversas perspectivas, con el fin de aportar al ámbito de salud es que se investigara sobre el acceso a la salud por parte de las inmigrantes.

Conociendo que existen políticas de gobierno para el acceso universal de salud para los y las inmigrantes independiente de su condición migratoria, ¿existe un acceso expedito a salud?

Según la encuesta CASEN (Caracterización Socioeconómica Nacional) 2015 un 15.7% de los inmigrantes no se encuentra afiliado a ningún sistema previsional de salud, lo que constituye una barrera de acceso a la salud, no debemos olvidar también otras dificultades que enfrentan las inmigrante; como es el hacinamiento, sin dejar de considerar las barreras ya conocidas como lo económico, previsional, información geográfica, culturales, lingüísticas y administrativas, las barreras psicosociales de las inmigrantes y de los funcionarios de la salud. Por lo tanto ¿Cuál es la experiencia de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas, Chile.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar la experiencia en el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes
- Develar experiencias significativas de las mujeres inmigrantes en cuanto al acceso a la salud
- Identificar el perfil sociodemográfico de las inmigrantes participantes del estudio

3 MARCO CONCEPTUAL

Para comprender y darle sentido a la investigación es que se definirán y contextualizará algunos conceptos claves como son: mujer migrante, salud, acceso a la salud, salud de los inmigrantes en Chile y barreras para el acceso a la salud. Las definiciones que respectan a la migración fueron obtenidas del Glosario sobre Inmigración confeccionado por la OIM en el año 2006.

3.1 MIGRACIÓN

Se refiere al “movimiento de población hacia el territorio de otro estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos.” (OIM, s/f).

La migración tiene diversas esferas dentro de esta están:

Migración facilitada: Migración regular alentada o estimulada, haciendo que el viaje de las personas sea más fácil y conveniente. Ello puede comprender distintas medidas, entre las cuales, por ejemplo, la modernización del sistema de visado o procedimientos y personal más eficiente en la inspección de los pasajeros.

Migración forzosa: Término genérico que se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas. (Por ejemplo, movimientos de refugiados y de desplazados internos, así como personas desplazadas por desastres naturales o ambientales, desastres nucleares o químicos, hambruna o proyectos de desarrollo).

Migración irregular: Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país. Desde el punto de vista de los países de envío la irregularidad se observa en los casos en que la persona atraviesa una frontera internacional sin documentos de viaje o pasaporte válido o no cumple con los requisitos

administrativos exigidos para salir del país. Hay sin embargo una tendencia a restringir cada vez más el uso del término de migración ilegal a los casos de tráfico de migrantes y trata de personas.

Migración laboral: Movimiento de personas del Estado de origen a otro con un fin laboral. La migración laboral está por lo general regulada en la legislación sobre migraciones de los Estados. Algunos países asumen un papel activo al regular la migración laboral externa y buscar oportunidades de trabajo para sus nacionales en el exterior.

Migración ordenada: Movimiento de personas de su lugar de residencia a otro, respetando la legislación que regula la salida y el viaje del país de origen, el tránsito y el ingreso en el territorio del país de tránsito o receptor.

3.2 MIGRANTE

Para la Organización internacional de las migraciones (OIM) un migrante es definido como cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia (OIM, s/f).

A nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término "migrante." Este término abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por "razones de conveniencia personal" y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias.

Al igual que la inmigración existe también variaciones y categorías dentro de los llamados migrantes, a saber, existe:

Migrante calificado: Trabajador migrante que por sus competencias recibe un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país distinto al suyo. Por esas razones, está sujeto a menos restricciones en lo que respecta a la duración de su estadía en el país receptor, al cambio de empleo y a la reunificación familiar.

Migrante documentado: Migrante que ingresa legalmente a un país y permanece en él, de acuerdo al criterio de admisión.

Migrante económico: Persona que habiendo dejado su lugar de residencia o domicilio habitual busca mejorar su nivel de vida, en un país distinto al de origen. Este término se

distingue del de "refugiado" que huye por persecución o del refugiado de facto que huye por violencia generalizada o violación masiva de los derechos humanos. También se usa para hacer referencia a personas que intentan ingresar en un país sin permiso legal y/o utilizando procedimientos de asilo de mala fe. Asimismo, se aplica a las personas que se establecen fuera de su país de origen por la duración de un trabajo de temporada (cosechas agrícolas), llamados "trabajadores de temporada" o temporeros.

Migrante irregular: Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (también llamado clandestino/ ilegal/migrante indocumentado o migrante en situación irregular).

Trabajador de temporada: Todo trabajador migrante cuyo trabajo, por su propia naturaleza, dependa de condiciones estacionales y sólo se realice durante parte del año.

3.3 FEMINIZACIÓN DE LA MIGRACIÓN

Creciente participación de la mujer en los movimientos migratorios. Las mujeres se desplazan hoy con mayor independencia y ya no en relación con su posición familiar o bajo la autoridad del hombre.

3.4 LA MIGRACIÓN COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

Se reconoce a la migración como un determinante social de la salud; entendido este como "aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas, afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud" (VAN DER LAAT, 2017, p.32). Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud (VAN DER LAAT, 2017).

3.5 ACCESO A LA SALUD

Como es bien conocido en el ámbito de la salud, que la OMS desde 1948 mantiene la misma definición para este concepto: "la salud es el completo bienestar físico, mental y

social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 1948, p.100). Bajo esta definición es que esta investigación pretende conocer la experiencia de las mujeres inmigrantes.

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, a casi 70 años de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. Nadie debería enfermar o morir solo porque sea pobre o porque no puede acceder a los servicios de salud que necesita. El derecho a la salud también hace referencia al derecho que debe tener toda persona a ser dueña de su salud y su cuerpo, y a tener acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación (ONU, 2017).

La atención centrada en la persona es la materialización de los derechos humanos en la práctica clínica. La marginación, la estigmatización y discriminación tienen consecuencias nefastas para la salud física y mental del individuo. La discriminación en el contexto de la atención de salud inaceptable y constituye un obstáculo importante para el desarrollo.

En Chile la constitución política asegura “el derecho a la protección de la salud” el Estado de Chile protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (CONSTITUCIÓN CHILENA, 1980). Además, Chile es mandatario del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales donde reconoce; “Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” asegurando además en el mismo artículo: “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (ACNUDH, 1966).

En la reforma de salud de Chile, se puede extraer 5 conceptos esenciales, estos son: derecho a la salud, equidad en salud, solidaridad en salud, eficiencia en uso de recursos y participación social en salud. El derecho a la salud se entiende como que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en la comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país (CABIESES; OYARTE; DELGADO, 2017).

Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria (CABIESES; OYARTE; DELGADO, 2017). Esto se operacionaliza a través del acceso a asistencia sanitaria que para su definición se requiere contemplar que es compleja y multidimensional.

Una de las primeras definiciones más ampliamente utilizadas que data de 1974 es “capacidad de alcanzar, obtener o proporcionar entrada a los servicios de salud disponibles en un país”. Otros autores han sugerido que la presencia de los servicios de salud por sí sola no implica el acceso a la asistencia sanitaria; más bien, el acceso se debe conceptualizar en términos de utilización de los servicios. McIntyre, Thiede y Birch (2009) definieron acceso como un concepto multidimensional basado en la interacción entre los sistemas sanitarios e individuos, en el que las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad interactúan para afectar a la salud final de las personas y comunidades.

En el ámbito de los servicios médicos el acceso a la salud se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener respuestas buscadas o esperadas de los prestadores de servicios. Así podrían analizarse varias definiciones como la de Oliver y Mossialos (2014) que incluyeron las dimensiones esenciales de acceso: necesidad, demanda y oferta. En 2007 Obrist et al. Desarrollaron un marco de acceso a la salud que combina enfoques de salud pública con la comprensión de las circunstancias individuales y de alivio de la pobreza. Dentro de los componentes del concepto de acceso a salud en 2014 Cabieses y Bird establecieron. (Figura 1).

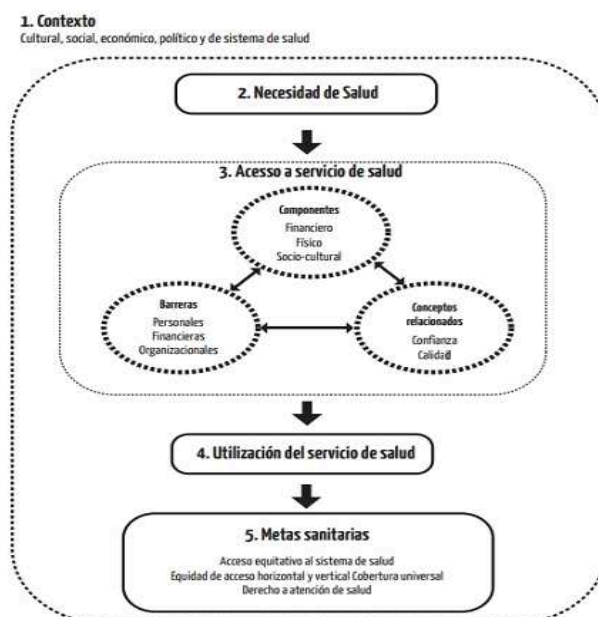


Figura 1: Componentes del concepto acceso a la salud

Las principales descripciones de conceptos relacionados con el acceso a la salud son para Cabieses y Bird en 2014:

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

Acceso geográfico o “availability of healthcare”: La disponibilidad de la asistencia sanitaria refleja si los profesionales de la salud y los servicios de salud apropiados se suministran en el lugar correcto y en el momento adecuado para satisfacer las necesidades de salud de una población. Esto incluye la facilidad o dificultad para acceder según condiciones territoriales como distancia entre el hogar y el centro de salud.

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

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

Barreras de acceso a salud: son factores que impiden que las personas accedan a la atención de salud. Pueden ocurrir en diferentes puntos de la vía de acceso, desde el pobre reconocimiento de las necesidades de salud y hasta el logro de los resultados deseados. Las barreras incluyen tanto los factores de lado de la “oferta” (costos y organización de los

servicios), así como los factores de la “demanda” (conocimiento, creencias culturales, actitudes relativas a las condiciones médicas, preferencias del paciente). La literatura distingue al menos entre barreras personales/individuales, barreras financieras, barreras organizacionales y barreras geográficas.

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

Los componentes y principales conceptos expuestos son permiten conocer la multidimensionalidad del acceso a la salud.

3.6 MIGRACIÓN COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

Son determinantes sociales de la salud las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Por lo que las determinantes sociales se entienden tanto el contexto social y también los procesos mediante las condiciones sociales afectan la salud (MINSAL, 2019).

Dentro de estas determinantes se encuentra la migración, entendida como cualquier desplazamiento humano entre e inter regiones, la cual además tiene etapas y la salud se puede ver afectada por diferentes factores.

La migración por sí sola no afecta impacta en la salud, son las condiciones encontradas durante el proceso migratorio, las que pueden exponer a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural.

Se debe considerar la fase pre-partida donde se presenta la carga genética y medioambiental del lugar de origen y la condición de salud actual del migrante, es importante considerar que las y los migrantes son en su mayoría gente joven y saludable. La fase de tránsito en las migraciones facilitadas se resguarda la salud de los migrantes, lo que no ocurre cuando la migración es irregular donde se aumentan la vulnerabilidad de la salud de las personas. Y en la fase final cuando se llega a destino se pueden enfrentar números dificultades y ver afectadas otros determinantes sociales de la salud como son la vivienda, trabajo, otros servicios sociales, además de los cuidados de la salud (VAN DER LAAT, 2017).

En el lugar de destinos los migrantes quedan expuestos a los determinantes sociales del lugar de su nueva residencia y lamentablemente en algunos casos agravado por mayores

condiciones de inequidad, marginalización, xenofobia y discriminación. Esta exclusión social, agregada a las barreras culturales y de idioma es factor determinante de la salud, limita la capacidad de inserción y afecta el bienestar psicosocial de cada individuo. Otros factores estructurales que afectan el bienestar de estas poblaciones son la existencia o no de políticas claras específicas que faciliten su integración y las posibilidades de mantener comunicación con sus familiares en la comunidad de origen (VAN DER LAAT, 2017).

Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas, afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud (OMS, 2005). Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud.

3.7 LEYES EN SALUD PARA MIGRANTES EN CHILE

Dado lo anterior y en busca de dar cumplimiento a las leyes constituciones y pactos acordados es que Chile instauro las siguientes leyes a favor de la salud de los inmigrantes.

Desde 2003 se inicia a tomar medidas de protección específicamente en lo que refiere a la salud de las mujeres embarazadas. En 2014 se constituye el primer Equipo asesor sectorial de salud inmigrante que cuenta con representantes de la subsecretaria de salud pública, subsecretaria de redes asistenciales, FONASA y la superintendencia de salud cuyo objetivo es el desarrollo de políticas de salud de inmigrantes.

En 2015 se implementaron algunas medidas para mitigar la desigualdad de acceso a la salud, podrán acceder sin importan su condicional migratoria en el país a salud gratuita; mujeres embarazadas, durante el parto y el postparto hasta los 12 meses. Niños hasta los 18 años de edad. Casos de urgencia médica y prestaciones de salud pública, es decir; métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de urgencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles (TBC, VIH/SIDA, ITS, educación sanitaria).

En marzo de 2016 se publica el Decreto supremo N°. 67 que fija la circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiarios de FONASA (tramo A), seguro público que agrega la circunstancia de personas inmigrantes carente de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población expuesta a mayor vulnerabilidad y se iguala las condiciones con la población nacional. La circular A15 N°4 de 2016 instruye la implementación del decreto antes

mencionado y reitera todas las vías de acceso a sistema de salud y precauciones para garantizar la atención de salud en igualdad de condiciones a nacionales e inmigrantes (MINSAL, 2015).

En diciembre de 2014 se crea el programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, para los establecimientos de Atención Primaria con una cobertura inicial de 11 comunas. El objetivo del programa es desarrollar estrategias dentro del modelo de atención que permita superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afecta a la población inmigrante en especial a los migrantes irregulares.

Durante 2015 se inició la capacitación a prestadores de salud a sus administrativos, profesionales y funcionarios de apoyo en líneas de migración y salud, derechos humanos y competencias culturales. En junio de 2015 se desarrolla un plan piloto en 4 regiones del país: Arica, Tarapacá, Antofagasta y región metropolitana. El objetivo es disminuir las barreras de acceso a la salud y atención de salud de los inmigrantes.

Además, se incorpora la monitorización de la salud de personas inmigrantes identificando en los registros sanitarios como en el Registro Estadístico Mensual (REM) y el registro de la nacionalidad en los sistemas de registro en el nivel secundario y terciario. Y como cuarta medida se generan alianzas intersectoriales para abordar de manera integral las problemáticas de la salud de la población migrante.

Para el 2017 existía un extenso plan que incluía la evaluación del plan piloto de salud de inmigrantes, políticas de salud para migrantes internacionales, lanzamiento de políticas como foro internacional de políticas de salud para inmigrantes y finalmente para diciembre del año en curso se espera implementar la política de salud para migrantes internacionales.

En abril de 2018, el ejecutivo oficializa las modificaciones a la reforma migratoria, donde el Estado chileno ordena el proceso migratorio, ya que la ley chilena de migración data de 1975 y la actual movilidad migratoria demanda reformas que permitan hacer el proceso de migración accesible y que las personas inmigrantes cuenten con todos los derechos humanos posibles. En lo que refiere a la salud esta se reconoce como un derecho. Se amplía el derecho y acceso a la salud, indicando que los migrantes tendrán acceso garantizado por ley a la salud en las mismas condiciones que cualquier chileno, sin importar su condición migratoria, lo que les da derecho acceder a los beneficios de FONASA tramo A, que incluye AUGE y GES.

En acceso a la salud ha sido analizado al menos desde la segunda mitad del siglo XX, (FAJARDO DOLCI, 2015). En su trabajo titulado Acceso efectivo a los servicios de salud se hace referencia al Institute of Medicine quienes definieron acceso como “El uso oportuno de los servicios personales de salud para lograr los mejores resultados de salud posibles”. La

característica más importante es que se basa tanto en el uso de los servicios como en los resultados de salud, Aunque no debemos dejar de considerar que no importan cuan eficaz sea un servicio de salud en particular, no siempre se puede garantizar un buen resultado de salud (IOM, 1993).

4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

En este capítulo se presenta la revisión bibliográfica realizada para el estudio. Se desarrolla en dos partes: la primera parte en la que se presenta una revisión integrativa en forma de manuscrito, de acuerdo con la Instrucción Normativa No. 1 / PEN / 2016, que establece los criterios para preparar y presentar los Trabajos finales. (UFSC), titulado "Acceso a la salud: una revisión integrativa de las experiencias de las mujeres inmigrantes". Y en la segunda parte, donde presento brevemente, una revisión narrativa del Sistema de Salud de Chile.

4.1. MANUSCRITO 1 - ACCESO A LA SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES

Mackarena Alejandra Antilef Ojeda

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

RESUMEN:

Fue realizada una revisión integrativa con el objetivo de describir cual es el aporte al conocimiento sobre el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes a nivel mundial, como éstas lo experimentan. La búsqueda de artículos se llevó a cabo en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe (LILACS), el Instituto Nacional de Salud de la Biblioteca de Medicina (PubMed), la Web of Science (WOS) de ISI, en el período 2014-2019, y se seleccionó y analizó 9 estudios. Los estudios presentan las experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud y las barreras encontradas. Y las recomendaciones de los autores para futuras investigaciones. Los resultados señalan aspectos como las mujeres acceden a de los niveles de atención en salud y las dificultades encontradas como lo son el desconocimiento de leyes y navegación por el sistema de salud del país receptor, se describen además situaciones de discriminación y barreras de idioma, atención culturalmente insensibles y el estatus migratorio como condicionante de atención en salud.

Descriptor: Mujeres, inmigrantes, acceso a los servicio de salud y Enfermería.

RESUMO

Foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de describir qual es el aporte al conocimiento sobre el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes a nivel mundial, como éstas lo experimentan. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados da Literatura de América Latina y el Caribe (LILACS), Library of medicine National Institute of Health (PubMed), ISI Web of Science (WOS), no período de 2014 -2019 sendo selecionados e analisados 9 estudos. Os estudos apresentam as experiências das mulheres imigrantes no acesso à saúde e as barreiras encontradas. E as recomendações dos autores para futuras pesquisas. Os resultados indicam aspectos como o acesso das mulheres aos níveis de atenção à saúde e as dificuldades encontradas, como o desconhecimento das leis e a navegação pelo sistema de saúde do país receptor, bem como situações de discriminação e barreiras

lingüísticas. culturalmente insensível e o status migratório como um condicionador dos cuidados de saúde.

Descritores: mulheres, imigrantes, acesso aos Serviços de Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT:

An integrative review was carried out with the objective of describing what is the contribution to knowledge about the access to health of immigrant women worldwide, as they experience it. The search for articles was carried out in the databases of Latin American and Caribbean Literature (LILACS), The National Institute of Health of the Library of Medicine (PubMed) and The Web of Science (WOS) of ISI, in the period 2014-2019, was selected and analyzed 9 studies. The studies present the experiences of immigrant women in access to health and the barriers encountered. The recommendations of the authors for future research. The results indicate aspects such as immigrants women's access to health care levels and the difficulties encountered; such as not knowing surf through the health system of the receiving country, discrimination situations, language barriers, attention culturally insensitive and the migratory status as a conditioner of health care.

Keywords: womens, immigrants, health services accessibility, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno que ocurre desde el inicio de las civilizaciones y que implica desafíos personales y territoriales, además de adaptación emocional, laboral, familiar, entre otras. Estos movimientos territoriales siempre son en búsqueda de mejores condiciones de vida y a lo largo de la historia de hombre y con la llegada de la globalización la migración es cada día más factible de realizar por el menor costo y tiempo que en anteriormente.

Actualmente hay unos 258 millones de migrantes internacionales en el mundo, de ellos el 57% vive en regiones desarrolladas, mientras que un 43% es albergado en regiones en desarrollo. Entre 1990 y 2017 el número de migrantes internacionales aumentó en un 69% a nivel mundial (ONU, 2017).

En lo que se refiere a tendencia de migración según región el 60% de los inmigrantes lo hace hacia Asia y Europa, en tercer lugar; América del norte, cuarto África, quinto América latina y el caribe y por último Oceanía. El 85% de los inmigrantes reside en Asia, Europa y Norteamérica.

Tanto hombres como mujeres comenzaron a migrar en búsqueda de oportunidades mejores de vida, un 50% de los permisos definitivos son para mujeres. Las mujeres migran para obtener mayores ingresos económicas que en su país de origen, para reunirse con otros familiares, huyendo de condiciones dramáticas en su país de origen y para continuar estudios o perfeccionarse, como principales motivos de migración (PEREZ, 2008). Actualmente las

mujeres representan aproximadamente la mitad de la fuerza trabajadora de inmigrantes a nivel mundial esto significa que el 66,6 millón de mujeres que migran con el objetivo de trabajar y no como miembro de dependiente de la familia o para la reunificación de la familia (OIT, 2015). De esta manera la inmigración internacional puede favorecer la autonomía y empoderamiento económicos de las mujeres lo que significa contribuir de manera constructiva al país de destino y ayudar a sus familias que permanecen en el país de origen.

Está bien documentado que la inmigración puede no ser tranquila y que la residencia en un país desconocido puede generar ciertas vulneraciones de derechos entre ellas el goce a la salud.

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, definición generada hace 70 años en Constitución de la Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. Nadie debería enfermar o morir solo porque sea pobre o porque no puede acceder a los servicios de salud que necesita. El derecho a la salud también hace referencia al derecho que debe tener toda persona a ser dueña de su salud y su cuerpo, y a tener acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser objeto de violencia y discriminación (ONU, 2017).

Por los datos entregados se hace necesario reflexionar e investigar qué es lo que ocurre en el mundo con la inmigración femenina, la siguiente revisión integrativa de la literatura tiene como objetivo describir cual es el aporte al conocimiento sobre el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes a nivel mundial, como éstas lo experimentan.

MÉTODO

La revisión integrativa, es un método que permite trazar un análisis de una forma objetiva, además de posibilitar la síntesis de varios estudios ya publicados (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). Este tipo de revisión requiere del mismo rigor metodológico que una investigación de campo, para que se obtenga con suma claridad los aspectos más relevantes de cada investigación.

Para realizar la siguiente revisión integrativa se siguieron etapas de acuerdo con Ganong (1987) que concluyeron en 6 pasos que se detallan a continuación:

Para la **primera etapa** está dada por la selección de la pregunta de investigación que se sitúa en el contexto de la inmigración femenina y la salud, finalmente quedó delimitada como: Cuál es el conocimiento científico actual sobre ¿Cuáles son las experiencias en el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes?

La **segunda etapa**, se delimitan los criterios de inclusión y exclusión, los que para esta revisión son: Investigaciones publicadas en forma de artículo, en revistas nacionales e internacionales, en español, portugués e inglés: que investigaron las experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud en el periodo de 2014 -2019. Fueron excluidos aquellos artículos que proponen intervenciones o estrategias de salud y aquellas donde el objetivo de estudio era usuarias con VIH, Violencia contra la mujer, creencias en salud y se estudie la experiencia o percepción de los prestadores de salud.

La búsqueda de los artículos se realizó a través de las bases de datos Literatura de américa latina y el caribe (LILACS), Library of medicine National Institute of Health (PubMed), ISI Web of Science (WOS). Se utilizaron los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS) Mujeres (womens, mulheres), inmigrantes (immigrants, imigrantes) y acceso a los servicio de salud (health services accessibility, Acesso aos Serviços de Saúde), y para completar la búsqueda se agregó la palabra clave experiencia. Se localizaron 72 artículos, de estos solo 9 cumplieron con los criterios de inclusión.

En la **tercera etapa** se procedió a definir lo que se extraería de los estudios seleccionados. Esta información fue ordenada e incluyó: título de las publicaciones, país de origen, formación de los investigadores, descriptores, objetivos, referencias teóricas, tipo de diseño, ubicación, periodo de recopilación de datos, sujetos, delimitación de la muestra, instrumento utilizado para la recolección de datos, metodología, análisis de los datos, consideraciones éticas, principales resultados, conclusiones y recomendaciones. Con lo que se confeccionó unas fichas bibliográficas.

En la **cuarta etapa**, se evaluaron las investigaciones, donde se analizaron cada uno de los estudios observando aspectos metodológicos y la familiaridad entre los resultados encontrados, lo que permitió elaborar las dos categorías: **Acceso a la salud de las mujeres inmigrantes y las barreras a las que se enfrentan para acceder a la salud.**

Una **quinta etapa** se discutieron los resultados encontrados, con lo que se puede ver contraposiciones entre los estudios, sugerir nuevas investigaciones. En la **sexta y última etapa** de la revisión integrativa, que se presentan los resultados encontrados. Según se detalla a continuación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Conocimiento los estudios:

Luego de delimitar la investigación e identificar los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, se encontraron 9 estudios de los cuales 8 son de metodología cualitativa, las palabras claves mayormente utilizadas en los estudios fueron Inmigrante, Barreras sanitarias, y acceso a los servicios sanitarios. Solo el estudio cuantitativo utilizó una encuesta, 5 de los estudios utilizaron la técnica de entrevista semiestructurada y 3 utilizaron focus group. A pesar de las diferencias metodológicas y referencias teóricas tiene como objetivo el dar a conocer las experiencias que han tenido que vivir las mujeres inmigrantes al acceder a la salud, los estudios son de diversas partes del mundo.

Con respecto a los sujetos de estudios el estudio cuantitativo tuvo como N=516 inmigrantes, siendo el 70% mujeres (N=190), cabe destacar que en la entrega de resultados se pueden obtener separados por sexo es por esto se incluye este estudio en esta revisión. Cuadro N°1.

Cuadro 01 - Descripción de los estudios.

Autor y año de publicación	Objetivo	Tipo de estudio	Sujetos de estudio	Instrumento para recolectar datos.
Greder et al, 2019	Proporcionar perspectivas en las complejidades y realidades que enfrentan las mujeres inmigrantes mexicanas.	Cualitativo	15 mujeres inmigrantes mexicanas de primera generación	Entrevista
Pérez-Urdiales et al (2019)	El objetivo del estudio es analizar las percepciones y experiencias de las mujeres inmigrantes de África subsahariana sobre Acceso a la asistencia sanitaria adecuada en el sistema sanitario público de Euskadi, España	Cualitativo	Catorce mujeres de ocho países del África subsahariana que han utilizado la asistencia sanitaria pública vasca.	Entrevista semiestructurada.
Schmidt et al, 2018	Explorar las barreras a los servicios de salud reproductiva en Ginebra, descritos por Mujeres migrantes	Cualitativo	Trece grupos focales con 78 mujeres de 18 a 66 años.	Focus group. Entrevista semi-estructurada.
Zhen-Duan et al (2017)	Examinar los factores demográficos asociados con	Cuantitativa	516 inmigrantes latinos de	Encuesta: Barriers to Healthcare

	las barreras sanitarias entre los inmigrantes mexicanos (n = 258) y guatemaltecos (n = 143) en Cincinnati		Varios países de origen	Questionnaire (BCQ) En el presente estudio, utilizamos dos subescalas del BCQ: Pragmática y Habilidades
Tzu-I Tsai et al, 2016	Explorar y entender problemas específicos de lenguaje y comunicación. Experiencias de mujeres inmigrantes del sudeste asiático en Taiwan.	Cualitativo	8 grupos focales con un total de 62 mujeres.	Focus group y entrevista a profundidad.
Elzbieta et al, 2016.	Explorar las barreras y los facilitadores del acceso de los migrantes polacos a Noruega servicios de atención médica	Cualitativo	19 inmigrantes polacos en Oslo	Entrevista semi estructurada
Lindsay et al. (2016)	Explorar las perspectivas y experiencias de las mujeres inmigrantes brasileñas con los servicios de salud en el Estados Unidos	Cualitativo	35 mujeres participaron del estudio.	Focus group.
Topa et al (2016)	Analizar y caracterizar percepciones y experiencias de diez brasileños. Mujeres embarazadas y / o madres en Portugal sobre la atención de salud materna.	Cualitativo	Diez mujeres brasileñas que estaban embarazadas y / o eran madres en Portugal	Entrevista semiestructurada
Bas-Sarmiento et al (2015)	Identificar y describir las necesidades y los problemas percibidos por la población inmigrante en relación con el acceso y la utilización de los servicios de salud.	Cualitativo fenomenológico	51 inmigrantes de 11 nacionalidades.	Focus group.

Síntesis de los Resultados

Los datos analizados muestran la producción de un conocimiento científico que, en sus resultados, presenta: el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes y las barreras que enfrentan para acceder a la salud, y sugerencias para nuevos estudios.

Acceso a la salud de las mujeres inmigrantes

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (OPS, 2014).

Primero se debe considerar que la población inmigrante es heterogénea y de necesidades particulares que tienen mucho que ver con factores demográficos, pero también con la cultura del país de origen. Como resultado de esta revisión se puede decir que, hay un menor uso de la atención de especializada y mayor del servicio de urgencia por parte de los inmigrantes, en tanto que en el uso de atención primaria es la preferencia cuando se requiere de continuidad en la atención (BLAS-SARMIENTO, 2015). En su mayoría utiliza los servicios de salud públicos, considerando la obtención de documento de atención en salud (tarjeta o un simil) una herramienta que facilita el acceso a la atención salud (ELZBIETA, 2016; PÉREZ-URDIALES, 2019).

La condición legal en el país de acogida se observa que permite acceder mucho más fácil a la atención en salud y deja atrás los grandes miedo que enfrentan los inmigrantes al estar indocumentados en un país que no es el suyo, siendo este la deportación (GREDER, 2019; PÉREZ-URDIALES, 2019; TOPA, 2016; ELZBIETA, 2016).

La navegación en los sistemas de salud del país receptor, son referidos como un tema que retrasa el acceso a la salud, principalmente por su desconocimiento. Así como el desconocimientos de las leyes que protegen la salud de las personas que inmigran dificultan las consultas espontáneas de los inmigrantes en los centros de salud, este desconocimiento no solo refiere al no conocer los niveles de atención o el cómo opera el sistema de salud del país receptor sino que en lo operativo es difícil solicitar horas, poder llegar a los diferentes

establecimientos de salud (TOPA, 2016; ELZBIETA, 2016; PÉREZ-URDIALES, 2019; TZU-I TSAI, 2016; SCHMIDT, 2018; BLAS-SARMIENTO, 2015).

Las conductas desplegadas por los participantes ante un problema de salud están relacionadas con la cultura de origen y el tiempo de estadía. La mayoría son personas jóvenes activas y sanas, que presentan problemas de salud ocasionales y leves, prefieren utilizar solo los servicios de urgencias (BLAS-SARMIENTO, 2015; ZHEN-DUAN, 2017). Pero si se refiere a la estadía, fue encontrado en esta revisión que la estadía de los migrantes era mayor, estos optan por acudir al centro de salud (BLAS-SARMIENTO, 2015; ZHEN-DUAN, 2017). Si los síntomas no son importantes algunos optan por la automedicación. Al consultar por las decisiones de salud los participantes de este estudio se apoyaban en el médico, la familia, los amigos y la religión (BLAS-SARMIENTO, 2015)

Se debe describir que existen ciertas circunstancias en los estudios referidos que tienen que ver con situaciones de discriminación de las que son víctimas las mujeres inmigrantes, lo que trae diversos sentimientos de inseguridad, tristeza, y genera sentimientos de inferioridad como si las mujeres inmigrantes fueran ciudadanas de segunda categoría, esta discriminación tiene diversas connotaciones en relación a la raza, etnia, clase social. Baja está prisma también se describen situaciones de diferencia de trato en respecto a los nativos del país (SCHMIDT, 2018; TOPA, 2016), pero debemos mencionar que estas situaciones tienen distintas percepciones, donde las mujeres inmigrantes justifican estos tratos; refiriendo que puede ser que el personal administrativo “tenga un mal día” (TZU-I TSAI, 2016; PÉREZ-URDIALES, 2019; LINDSAY, 2016; ELZBIETA, 2016). De los 8 estudios analizados sólo uno de ellos difiere de lo mencionando, refiriendo que el acceso es fácil, que la atención es gratuita, cabe mencionar que este estudio se realizó en Massachusetts, Estado de EEUU que garantiza la salud de sus residentes incluyendo la de los inmigrantes. Los estudios presentados permiten tener una visión global ya que contempla estudios en diferentes partes del mundo.

Barreras a las que se enfrentan para acceder a la salud

Pero el acceso a la salud se ha dividido en tres dimensiones; la primera de ellas es el acceso físico, el acceso económico y la aceptabilidad sociocultural. El primero de ellos se refiere a la disponibilidad en las distintas partes de un país, de servicios de salud buenos y razonablemente completos y que ofrecen horarios y otras comodidades que permiten a los usuarios obtener los servicios de salud cuando los necesiten. El segundo que consiste en las disposiciones monetarias que afectan la capacidad para hacer uso de los servicios y entre las

cuales se encuentran no solo los honorarios, sino también los costos indirectos (por ejemplo, los de transporte). Y la tercera dimensión representa la voluntad para solicitar los servicios y que denota la capacidad de estos para adaptarse y responder a las situaciones reales y requisitos sociales y culturales de la población (OPS, 2017).

Se hace referencia a las barreras para acceder a la atención en salud como las principales dificultades manifestadas por los participantes entre las que encontramos; las barreras idiomáticas, el uso de tecnicismos, los tiempos de espera, el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos. Así también se establece como barrera el conocimiento de los recursos sociosanitarios independientemente de la nacionalidad, los recién llegados desconocen la oferta de servicios disponibles y, en consecuencia, cómo utilizarlos. Por el contrario, los que llevan más tiempo manifiestan un conocimiento más exhaustivo de los recursos sociosanitarios e incluso identifican mutuas de seguros y programas de salud específicos. En relación con las necesidades de alfabetización en salud manifestadas, las respuestas fueron muy heterogéneas, aunque existía una constante en los discursos: el dominio del idioma es básico para una mayor autonomía en la gestión de los problemas de salud (BAS-SARMIENTO, 2015; SCHMIDT, 2018).

De los estudios incluidos en esta revisión, se puede describir que el idioma es una barrera que impide el acceso a la atención en salud, pero también el poder dar a conocer un padecimiento y comprender lo que manifiestan el personal sanitario, impidiendo el empoderamiento en salud que requiere el ser humano, para poder tomar decisiones médicas (LINDSAY, 2016; TSAI, 2016; TOPA, 2016; PERÉZ-URDIALES, 2019; ELZBIETA 2016).

La aceptación es muy relevante para poder acceder a la salud y como barrera se puede mencionar la falta de atención culturalmente sensible, que impide poder confiar en los servicios de salud y sentir lejanos las atenciones brindadas y podría disminuir la eficiencia de los tratamientos. Así también los costos asociados a la salud en lo que refiere a consultas y medicamentos se expone como una barrera para el acceso. Y la desconfianza al sistema de salud en situaciones complejas y/o diferentes.

Sugerencias para nuevas investigaciones:

Los estudios revisados nos sugieren extender el estudio a resto de los lugares de migración de cada país y ciudad y aumentar los tamaños de las muestras para poder generalizar la información (SCHMIDT, 2018), además de realizar estudios de tipo longitudinales para poder inferir en las causas, incluyendo datos sociodemográficos sensibles

como el estado de residencia, nivel de escolaridad e ingresos. También involucran a los hombres en las investigaciones para poder conocer su perspectiva del acceso a la salud. Y alguno de los estudios invitan a profundizar el papel del racismo y su efecto en los índices de salud y decisiones para acceder o no a ella (LINSAY, 2016; PERÉZ-URDIALES, 2019; ELZBIETA, 2016; TSAI, 2016; SCHMIDT, 2018; ZHEN-DUAN, 2018).

CONSIDERACIONES FINALES

Esta revisión integrativa, sobre la Experiencia de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud, nos muestra la poca evidencia Latinoamérica con respecto al tema, los estudios analizados son de Estados Unidos, Noruega, España, Gibraltar, Taiwán y Ginebra. Pero reafirma lo importante de primero poder describir si efectivamente en los países no estudiados se mantiene el patrón en lo que respecta a acceso y a barreras en salud.

Pero podemos afirmar que el acceso a la salud en las mujeres inmigrante es menor que a la de los nativos del país de inmigración debido a múltiples factores pero en ningún estudio se manifestó que no existieran una institución de salud a la cual acceder, por el contrario siempre existió un o varios establecimiento y/o prestadores de servicios pero son factores económicos y de accesibilidad sociocultural las principalmente causas que dificultad el acceso a los servicios de salud; factores como el idioma es frecuentemente mencionado esto ocurre cuando la migración internacional tiene como país de origen tiene un idioma distinto al de destino puede complicarse aún más si se utilizan dialectos exclusivos de ciertos lugares del mundo. En aquellos países donde la migración es frecuente se puede constatar que se han realizados esfuerzos por facilitar la entrega de información a través de traductores, folletería y documentos en los idiomas o dialectos pertinentes, sin embargo por lo que se puede concluir de los artículos leídos estos esfuerzos no satisfacen las necesidades de las inmigrantes, por causas más bien administrativas como la larga espera por un traductor y por la documentación y folletería contiene demasiada terminología técnica. Otras de las barreras expuestas en estas investigaciones tiene que ver con el no confiar en los profesionales que prestar servicios de salud, ya sea por la falta de empatía demostrada en las atenciones, por la falta de esfuerzo por poder comunicarse y entregar las indicaciones u opciones de tratamiento adecuadamente, por las diferencias percibidas en la entrega de cuidados y atención en comparación con los nativos de las diversas ciudades y países en cuestión. Además no menos importante la desconfianza que genera tener una enfermedad diferente o grave, ya que según relatos de los sujetos de estudio el acceso a esto se vuelve más complicado. Considerar el entrenamiento y la selección

de personal de los establecimientos de salud y oficinas gubernamentales considerando que la atención que deberán prestar a usuarios inmigrantes, ya que en los relatos se destaca una mala atención de parte de los administrativos de los establecimientos y que el profesional en general es más bien individual en su actuar, reflejándose en varios estudios que la calidad de la atención del profesional médico es buena, pero algo impersonal y falta de comprensión de cultura de usuario que solicita atención.

El costo económico de la salud se destaca en algunas investigaciones que bien sabemos es una de las dimensiones del acceso a la salud, se refiere que con mayor dinero el acceso a la salud es mejor y más ágil. Uno de los aspectos que es de gran relevancia y que se extrae de la mayoría de las investigaciones es que el status migratorio de las mujeres es decisivo a la hora de acceder a la salud considerando que las mujeres inmigrantes en su mayoría solo accede a atenciones de morbilidad y no acciones preventivas, en gran cantidad de países la salud está garantizada por ley y es independiente de estado migratorio de las personas. Pero esto no es a nivel mundial y a pesar que se han mejorado las condiciones de migración con el tiempo, se mantiene la creencia de que los sistemas de salud podrían informar a las autoridades y deportarlos a tu país de origen o que sean detenidos por infringir la ley, lo que se traduce en un miedo constante al asistir a atenciones de salud o a no asistir y automedicarse o esperar el empeorar y concurrir a los servicios de urgencias.

De los estudios revisados se pueden concluir que es necesario cambios políticos de la accesibilidad a la salud como un derecho humano, así también generar mayores conocimientos de los distintos puntos de migración en el mundo, y que el trabajo como en todo esfuerzo mundial debe ser mancomunado y con diversos protagonistas y acciones a realizar en cada una de las dificultades que se conocen ocurre en la inmigración internacional. Por eso finalizó con la invitación a realizar diversas investigaciones en conjunto con las autoridades de cada región que permitan entregar un derecho tan básico como acceder a la salud en todas sus dimensiones y no sólo un reparo a la salud perdida por que es bien documentado que la salud NO es solo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, psico y social del ser humano, considerando a cada persona inmigrante en nuestro país como un igual.

REFERENCIAS

BAS-SARMIENTO, Pilar *et al.* Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 4, p.244-251, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>.

CZAPKA, Elżbieta Anna; SAGBAKKEN, Mette. “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. **Bmc Health Services Research**, v. 16, n. 1, p.2-14, 1 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>.

DEEB-SOSSA, Natalia *et al.* Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p.981-991, maio 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000500015>.

LINDSAY, Ana C. *et al.* Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. **Bmc Health Services Research**, v. 16, n. 1, p.2-08, 2 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1723-9>.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Mujeres migrantes en Chile: oportunidades y riesgos de cruzar fronteras para trabajar**. 2017. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_560975.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Estimaciones mundiales de la OIT sobre los trabajadores y trabajadoras migrantes**. Resultados y metodología. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2015. Disponible en: http://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_436343/lang-es/index.htm. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Inequidad y barreras en los sistemas de salud**. 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cobertura Universal de Salud**. 2014. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es. Accedido en: 20 ago. 2019.

PÉREZ, Maria Dolores. Mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas. **Revista española de educación comparada**, v. 14, p. 137-175, 2008. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/sfwseec/reec/reec14/reec1405.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

PÉREZ-URDIALES, Iratxe *et al.* Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. **International Journal For Equity In Health**, v. 18, n. 1, p.2-11, 24 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6>.

SCHMIDT, N. C. *et al.* Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p.1-10, 6 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>.

TOPA, J.b.; NOGUEIRA, C.; NEVES, S.. Vivências de Mulheres Brasileiras nos Serviços de Saúde Materna. **Revista Gênero & Direito**, v. 5, n. 2, p.25-51, 29 ago. 2016.
<http://dx.doi.org/10.18351/2179-7137/ged.v5n2p25-51>.

TSAI, Tzu-i; LEE, Shoou-yih D.. Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 54, p.65-74, fev. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Population Division 2017**. International Migration Report 2017, (ST/ESA/SER.A/403).

ZHEN-DUAN, J.; JACQUEZ, F.; VAUGHN, L. Características demográficas asociadas con barreras a la atención médica entre inmigrantes mexicanos y guatemaltecos en un área de destino no tradicional. **Family & Community Health**, v. 40, n. 2, p. 101-111, Apr-Jun 2017.

4.2 REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

La revisión narrativa consiste en una propuesta para una revisión más abierta, que no requiere un protocolo para su elaboración. La selección de estudios es arbitraria, no informan las fuentes de información utilizadas, la metodología para buscar referencias, ni los criterios utilizado en la evaluación y selección del trabajo (ROTHER, 2007). En el presente estudio, la revisión narrativa se llevó a cabo en busca de información sobre el Sistema de Salud de Chile, y se desarrollará a continuación.

4.2.1 Sistema De Salud Chileno

El sistema de salud Chile inicia como los conocemos posterior al régimen militar vivido en el país, donde se reduce el rol e importancia del Estado que era un principalmente subsidiario, lo que llevo a una disminución del personal y del financiamiento del sistema público, se descentralizo la atención primaria delegando su administración a los municipios. Uno de los principales hitos en 1979 es la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se reorganizo el ministerio de salud y sus instituciones relacionadas. Y en 1985 se crea el régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, que fija las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribuciones proporcionales al ingreso en el sistema público. Entre 1981 -1986 se adoptan las iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (OCHISAP, s/f).

4.2.2 Estructura

El sistema de salud tiene una naturaleza mixta (con mezcla público/privada en la previsión y provisión de servicios), y su rol rector y regulador es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud. El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas.

El sistema de salud, en su aspecto formal, incluye un doble nivel organizacional sobrepuesto (que tiende a ser confundido):

- a) El sistema chileno de salud, que incluye a todas las personas y entidades, ya sean estatales, públicas o privadas, que cumplen funciones relativas a la

estructura, financiamiento, aseguramiento y funcionamiento del sistema en su conjunto;

- b) El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que es una entidad pública con un claro marco normativo, que está centrada en la provisión de servicios asistenciales a la población, para lo cual cuenta en forma descentralizada con Servicios de Salud de ámbito regional o subregional, que disponen de una red asistencial; también participan del SNSS, aquellas instituciones que se adscriben a través de convenios, destacando los municipios y los servicios delegados (GATTINNI, 2010; BIBLIOTECA NACIONAL, 1980, 2004).

La provisión de salud se logra con diversas entidades de seguros de salud y hay múltiples profesionales y centros prestadores de atención de salud, tanto públicos como privados distribuidos en la mayoría de centros poblados del país, (Figura 3). Gracias a esa amplia cobertura de provisión y prestadores de servicios asistenciales, la atención de salud alcanza una cobertura legal (vía aseguramiento o protección social) y geográfica prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado nacional (OCHISAP, s/f).

Figura 3: Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según

Función	Sector estatal o público	Sector privado
Rol rector	- Estado (Ministerio de salud)	
Rol regulador	- Estado (Ministerio de salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios	- Empresas privadas - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios - Pago de bolsillo
Aseguramiento	- FONASA - Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden - Otros seguros públicos	- ISAPRE - Mutuales de Empleadores - Seguros específicos (escolares, transporte)
Centros de provisión de servicios asistenciales	- Hospitales del SNSS - Hospitales de Fuerzas Armadas y otros estatales - Centros de atención ambulatoria del SNSS (incluye administración municipal)	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

Fuente: (OPS Chile, 2010) Adaptado de MINSAL, 2008 (1)

En lo que refiere al marco legal y normativo que sustenta al sistema de salud es complejo y aporta los elementos específicos para la organización y funcionamiento del sistema, determinando los lineamientos, responsabilidades y funciones asignadas para el adecuado desempeño del sector, incluyendo el financiamiento, aseguramiento y provisión de

servicios de salud. El rol de la autoridad sanitaria – ejercido por el Ministerio de Salud - incluye la rectoría del sistema, con la conducción, regulación, fijación de políticas y planes generales de salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y supervisión de funcionamiento del sistema. En el cumplimiento de su rol rector, el Ministerio de Salud se apoya en la normativa vigente e interactúa de modo intersectorial con otros ministerios y organismos públicos, organismos no gubernamentales y la sociedad organizada.

El Ministerio está representado en regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. En su función, el Ministerio es apoyado por sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. El rol regulador está además a cargo de la Superintendencia de Salud que controla a las entidades aseguradoras (ISAPRES y al FONASA), y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud (OCHISAP, s/f).

En la última década, destacan la Ley 19.966, de Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y calidad en un conjunto de patologías priorizados de la salud común, en un plan universal de Salud. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión transfiere a la autoridad sanitaria a nivel regional a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), además determina la autogestión hospitalaria y el enfoque de gestión de salud en Red, así mismo se separa la función de fiscalización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se crea la Superintendencia de Salud con la función de Garantizar la fiscalización y regulación (OCHISAP, s/f).

4.2.3 Cobertura

PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sistema de salud chileno tiene dos sectores el público y el privado. El primero cubre a 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público.

El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo.

Además del FONASA y de las ISAPRE, tres mutuales ofrecen cobertura exclusiva para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores afiliados (sin incluir a sus familias), los cuales representan cerca de 15% de la población.

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y los privados.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de los 29 Servicios de Salud Regionales en todo el territorio, provee servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento.

Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional (MAI) y la libre elección (MLE). La primera comprende la atención que brindan las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio fijado por FONASA de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas. La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas que se acogen al plan de beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Los beneficiarios de FONASA a excepción de los del grupo A; que son aquellos que no perciben ingresos, puede elegir la MLE y, mediando un copago equivalente a la diferencia entre el precio fijado por los prestadores para cada prestación y la cantidad fija aportada por FONASA, puede elegir el prestador dentro del sector privado. La MLE también es una opción para los llamados "pensionados" de los hospitales públicos, previo copago. A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios del FONASA de mayores ingresos.

Las ISAPRE, que funcionan con la lógica de los seguros y por tanto con primas según cobertura y riesgo, ofrecen diversos planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a la obligatoria.

Los servicios de salud pública (como vacunas y control de la tuberculosis) se proveen a toda la población sin restricción o discriminación a toda la población.

De acuerdo a una encuesta de opinión encargado por la Superintendencia de Salud en 2011, los centros de salud más usados habitualmente por los beneficiarios FONASA son los consultorios del SNSS (63%) y los hospitales públicos del SNSS (41%) mientras que 11% usa servicios de urgencia del SNSS. En proporción menor, usan servicios de prestadores privados: 14% usa consultas médicas privadas, 9% usa centros médicos y otros, 8% usa hospitales privados (clínicas) y 3% reporta usar hospitales universitarios (las categorías preguntadas no son excluyentes). Los usuarios de ISAPRES usan principalmente hospitales o clínicas privadas (50%) y consultas médicas privadas (37%), así como centros médicos, radiológicos y otros (27%). En menor proporción, usan hospitales públicos (8%), consultorios del SNSS (4%) y servicios de urgencia del SNSS (3%) (SUPERINTENDENCIA DE SALUD CHILE, 2012).

5 METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta la metodología de investigación por medio de la que se abordó la experiencia de acceso a la salud que viven las mujeres inmigrantes internacionales. A continuación, se expone el enfoque metodológico, el tipo de investigación, la muestra y las técnicas de producción y análisis de información.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó desde un enfoque metodológico cualitativo que se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, que se explotan desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación al contexto. Además, el “Enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (SAMPIERI, 2013). La investigación exploratorio-descriptiva pretende analizar una realidad social con la intención de explicitar los significados y las representaciones de los sujetos, sobre el objeto de estudio (MINAYO, 2010). Este estudio fue descriptivo ya que especifica propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analizo, describiendo las tendencias del grupo (SAMPIERI, 2013).

5.2 LOCAL DEL ESTUDIO

La ciudad de Punta Arenas está ubicada en el extremo sur de Chile, es la ciudad más poblada de la Patagonia Chilena con 131.592 habitantes es la capital de la región de Magallanes.¹¹ Es una ciudad que tiene entre su población herencia de los inmigrantes Croatas, españoles e ingleses como inmigrantes internacionales y Chilotes como inmigrantes nacionales. Según la última encuesta de Índice de Calidad de Vida Urbana, Punta Arenas se ubica como la ciudad con mejor calidad de vida entre ciudades intermedias –entre 50.000 y 250.000 habitantes- y se ubica en cuarto lugar a nivel nacional en lo que refiere a condiciones laborales.¹²

En lo que refiere al sistema de salud cuenta con 2 hospitales de la red pública y una clínica privada, 5 Centros de Salud Familiar (CESFAM) y 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) de la red de atención primaria y dependientes del municipio, esta red

también cuenta con Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Centro Comunitario de Salud Mental, además de 2 Centros Médicos con alta resolución del sector privado.

5.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Las participantes que se estudiaron fueron mujeres inmigrantes internacionales entendido este como “Movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera” (OIM, 2006), con 18 años o más. La muestra se obtuvo con el muestreo teórico en bola de nieve en base a referidos.

Como refiere Neuman, 2009 la muestra en la investigación cualitativa no se fija *a priori*, finalmente quedó conformada por 4 focus group de 3 a 4 mujeres cada uno de ellos, donde 3 de los grupos representan a los países con mayor representatividad en las residencias permanentes en orden descendente; Venezuela (34%), Colombia (28%), Argentina (10%) y Paraguay (10%) y el cuarto focus group estuvo conformado por mujeres venezolanas y colombianas, con lo que se logró la saturación de los datos.

5.3.1. Criterios De Inclusión

- Las participantes de este estudio serán las mujeres inmigrantes que residan en la ciudad de Punta arenas y que sean mayores de edad en nuestro país (18 años o más).
- Que hayan accedido de manera directa o indirecta a los servicios de salud disponibles en la comuna. El acceso de manera directa se refiere al ser ellas mismas las atendidas por algún prestador de servicios sanitarios y la manera indirecta refiere a que la atención fue entregada a un familiar directo pareja, padres, hijos esto dado por que la edad que predomina en las mujeres inmigrantes 30-44 años edades donde es bien documentado
- Mujeres de habla hispana (español)

5.3.2 Criterios De Exclusión

- Serán excluidas de este estudio aquellas mujeres que no hayan utilizado los servicios de salud de forma directa o indirecta.

- Mujeres con doble nacionalidad, donde una de estas sea chilena.
- Mujeres migrantes con carta de nacionalidad.

5.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

En el recogida de datos, ocurrió el primer grupo de discusión se contactó a la presidenta de la agrupación venezolanos en la Patagonia en Punta Arenas, quien convoca a sus afiliados y logramos acordar la sesión en dependencias de la Universidad.

El segundo grupo de discusión se llegó a través de un referido chileno, este proporciono el número telefónico de la dueña de una microempresa de una inmigrante colombiana en la ciudad, y que cuenta con trabajadoras de la misma nacionalidad, se realizó un primer encuentro con la dueña del negocio y luego se realizó el grupo de discusión en dependencia de la empresa.

El tercer grupo se gestó desde una empresa de aseo que en su mayoría trabaja con mujeres inmigrantes, se contactó vía correo electrónico a la gerente de personas de la empresa, luego se sostuvo una reunión con ella y un segundo representante de la empresa, para finalmente poder realizar el grupo de discusión en dependencia de la empresa donde fueron citadas las participantes.

El cuarto grupo se pudo conformar a través de redes sociales, donde una inmigrante paraguaya comercializa productos se contactó por vía telefónica y finalmente se acordó un día para el grupo de discusión donde estuvieron presente ella y sus dos socias las tres de nacionalidad paraguaya.

Cabe destacar que en una primera fase se contactó a todos los grupos organizados y no organizados de inmigrantes viviendo en Punta Arenas, esto gracias a la SEREMI de salud y la encargada de migrantes, quien proporción el contacto de dichos representantes.

Finalmente se realizaron 4 grupos focales considerando para su formación la variable nacionalidad, lo que dio como resultado 3 grupos que compartían nacionalidad (Venezuela, Colombia y Paraguay) y un grupo mixto (Venezuela y Colombia). El tamaño fue de 3 y 4 representantes.

Se utilizó un instrumento de guía para el desarrollo de la sesión, que tuvo una duración de 45 minutos en promedio, tiempo en que las participantes tuvieron la libertad de expresar lo que vivió y sintió en sus experiencias en la atención de salud. La sesión finaliza cuando las participantes no tenían nuevas ideas que aportar.

A las participantes se les informó los objetivos a alcanzar en la investigación, se aclararon sus dudas e interrogantes que manifestaron, y se recalcó la confidencialidad de la investigación, para aplicar posteriormente el consentimiento informado (APENDICE A).

La técnicas de recogida de datos fue la técnica de grupos de enfoque (APENDICE B), técnica recomendada para estudios cualitativos, la que fue grabada en audio vídeo previa autorización de las participantes (APENDICE C), además se solicitó a las participantes mantener la confidencialidad (APENDICE D). Al término de la sesión se hará entrega de un cuestionario que permitirá conocer datos sociodemográficos de las participantes (APENDICE E).

Con el primer grupo de enfoque se realizó el piloto de las preguntas, con lo que se confirmó que estas eran prudentes para obtener la información que se quería obtener.

Las dificultades fueron principalmente no poder reunir a más de una persona en un mismo lugar y hora por las diversas actividades de las participantes

5.5 ANÁLISIS DE DATOS

Se transcribieron de manera literal las conversaciones y se realizó un análisis de tipo temático. Este análisis es el más frecuente, y posiblemente más interesante que el uso de criterios físicos, considerar unidades en función del tema abordado, a criterio de Rodríguez, Gil y García, es el más extendido como método además de ser el más valioso desde el punto de vista cualitativo. La información se codificó por grupo recibiendo la denominación según nacionalidad de los participantes y en el caso del grupo mixto se decodificó con éste mismo nombre “mixto”, luego de lo cual a través de las discusiones en los grupos se organizaron las categorías y subcategorías.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de este estudio se contó con la autorización al Comité de ética de la Universidad de Magallanes. Para lo cual se revisaron los aspectos éticos a través de los siete requisitos de Ekequiel Emanuel. (EMANUEL, 1990). Anexar o parecer do Comité de de Ética de la Universidad de Magallanes (APENDICE A).

5.6.1 Valor social

Este estudio tuvo como principal objetivo conocer las experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud, en todas las esferas del acceso de salud, es decir cuáles son las necesidades de esta población, como es el acceso geográfico, financiero, socio-cultural, las barreras y la confianza que perciben las mujeres inmigrantes de nuestra comuna hacia el sistema de salud. Todo esto en el marco del creciente aumento de inmigrante a nivel nacional y local. Lo que permitirá aumentar el conocimiento científico en este aspecto fomentando así estudios posteriores en la misma línea o con otras metodologías. Además de servir como referencia ya que en la búsqueda realizada este es un estudio pionero en lo referente al acceso en salud en la región.

5.6.2 Validez científica

Estuvo dado por el uso de una metodología que fue realizable en la práctica, consto de objetivo claramente definidos una metodología científica rigurosa y que se condice y pudo dar respuesta a los objetivos, tuvo un plan de análisis de datos que permitió entregar resultados precisos. Se utilizó la metodología de bola de nieve lo que permitió reclutar a las participantes suficientes para lograr la saturación de la información, con esta rigurosidad este estudio pretende ser pionero en la región al permitir develar experiencias no estudiadas previamente.

Además, como toda investigación busca al finalizar ser publicada en una revista científica. A nivel nacional se puede hacer referencia a estudios de los investigadores Cabieses y Liberona entre otros, que estudian de manera cualitativa la experiencia de salud en inmigrantes de diversos puntos de vista, desde la mirada profesional, desde la discriminación que viven las y los inmigrantes, barreras de salud, satisfacción usuaria principalmente. A nivel regional existen tesis de pregrado sobre la experiencia de los padres que utilizan el programa de salud del niño, situación de los inmigrantes desde la perspectiva de la justicia, responsabilidad social y discriminación y la determinación de factores que inciden en la integración social de inmigrantes.

5.6.3 Selección equitativa del sujeto

En este estudio se expresaron y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión para los participantes de estudio que busco excluir a aquellas personas con más de 20 años de residentes y que además tengan visa permanente ya que al residir por este largo periodo

contando además ya con la categoría de ciudadano debiesen tener el mismo acceso a un ciudadano nacido en Chile. Dado también por el tipo de selección de muestra todo inmigrante tuvo la opción de participar si es referido por otro sujeto.

5.6.4 Proporción favorable de riesgo – beneficio

El riesgo al participar de este estudio pudo estar dado por la incomodidad de revivir o escuchar relatos de los participantes de algún tipo de discriminación, violación de derecho, negligencia cuando hayan accedido a la salud en nuestra región, situación que no ocurrió pero en los grupos de discusión se con una enfermera la que estará presente en la sesión y la ayudara a disminuir esta incomodidad, también para evitar esta sensación puede negarse a participar de la ronda de preguntas de requerir derivación se utilizara la red de salud pública que permite la atención de personas inmigrantes en los CESFAM, ya que todos ellos cuentan con la facilidad de dar acceso a inmigrantes sin importar su situación migratoria. Los beneficios recibidos tuvieron que ver con el contacto con otros compatriotas o inmigrantes y fortalecer redes de apoyo, también conocer que su realidad puede ser muy parecida a la de otros participantes, aumentar el conocimiento de cómo opera la red de salud en Punta Arenas entre otros y de manera indirecta hará una valiosa contribución a reconocer la experiencia de mujeres inmigrantes en esta zona tan austral lo que permitirá que este estudio quede como referente para las autoridades y el colectivo experto en el tema para poder abordar problemáticas de acceso a la salud y también poder tomar decisiones de salud pública en este tema.

5.6.5 Evaluación independiente

Se declara que el investigador no tuvo ni tiene conflictos de interés, el investigador realiza este estudio como requisito para la obtención del grado de Magíster en Enfermería.

No se recibió ninguna compensación económica por la realización del mismo. El estudio se encontró dentro de los límites legales, respetando los principios éticos en la investigación con seres humanos.

Este proyecto fue sometido a la revisión del comité de ética de la Universidad de Magallanes, contando con su aprobación (APENDICE A).

5.6.6 Consentimiento informado

A los participantes de la investigación se les proporcionó un consentimiento informado que contienen que es de carácter voluntaria la participación, la garantía de que la información obtenida será utilizada únicamente con fines científicos que se mantendrá en todo momento el anonimato de los participantes en la divulgación de los resultados obtenidos, este consentimiento se realizará en dos copias una de ellas quedando en poder del participante y otra para la investigadora (APENDICE A).

5.6.7 Respeto a los sujetos inscritos

Durante toda la investigación se resguardó y respetó los derechos y dignidad de las personas, todas ellas sin excepciones tuvieron el derecho a retirarse de estudio cuando lo deseen, sin que esto signifique ningún tipo de resentimiento y otro.

Para la transcripción de los grupos de discusión se codificó por grupo recibiendo la denominación según nacionalidad de los participantes y en el caso del grupo mixto se decodificó con éste mismo nombre “mixto”, luego de lo cual a través de las discusiones en los grupos se organizaron las categorías y subcategorías. Se solicitará a través del CI la autorización de grabar estas sesiones (APENDICE C), además de solicitar la confidencialidad de lo tratado en cada grupo focal.

Los participantes podrán solicitar información de los resultados de la investigación a través de correo electrónico, y al finalizar el estudio los datos obtenidos serán almacenados por el investigador en un disco externo y guardados por al menos 5 años, luego serán destruidos.

6 RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultado y discusión de este estudio, en forma de un manuscrito que resulta de la investigación de campo, respetando lo establecido en la Instrucción Normativa n°.1/PEN/2016, que establece los criterios para la elaboración y formato de presentación de los Trabajos de Conclusión de Maestría y Doctorado en Enfermería del Programa de Postgrado en Enfermería de la UFSC:

De la investigación da como resultados en manuscrito:

- **Manuscrito 2: Experiencias de las Mujeres Inmigrantes en el Acceso a la Salud.**
 - **Objetivo:** Comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas.

6.1 MANUSCRITO 2 - EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN EL ACCESO A LA SALUD

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas, Chile.

Método: Estudio de enfoque cualitativo, exploratorio descriptivo, en el cual participaron 13 mujeres inmigrantes. La muestra fue obtenida a través de la técnica de bola de nieve. Se realizó un análisis de tipo temático y se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad de Magallanes.

Resultados: A partir del análisis de las narraciones de las participantes, emergieron las siguientes categorías detalladas y analizadas a la luz de otros estudios relacionados a la temática: Utilización de los servicios de salud; Satisfacción en el uso de los servicios de salud y Barreras para el uso de los servicios de salud.

Consideraciones finales: En general se requiere de educación a la población inmigrante sobre sus derechos y deberes como usuario del sistema de salud.

Descriptor: Mujeres. Atención Integral de Salud. Servicios de Salud para Mujeres. Emigrantes e Inmigrantes. Sociedad Receptora de Migrantes. Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud para todas las personas es un derecho reconocido por la OMS, quien impulsa la igualdad de condiciones en este acceso, y lo resalta en los grupos vulnerables, dentro de los cuales se encuentran las personas inmigrantes, quienes independiente de su estatus migratorio deben poder acceder a gozar del grado máximo de salud.

Estudios definieron acceso como un concepto multidimensional baso en la interacción entre los sistemas sanitarios e individuos, en el que las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad interactúan para afectar a la salud final de las personas y comunidades (MCINTYRE; THIEDE; BIRCH, 2009).

En Chile el sistema de salud tiene una naturaleza mixta (con mezcla público/privada en la previsión y provisión de servicios) (GATTINI; LEIVA, 2011). La previsión de salud se logra con diversas entidades de seguros de salud y hay múltiples profesionales y centros prestadores de atención de salud, tanto públicos como privados distribuidos en la mayoría de centros poblados del país. Gracias a esa amplia cobertura de previsión y prestadores de servicios asistenciales, la atención de salud alcanza una cobertura legal (vía aseguramiento o protección social) y geográfica prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado nacional (CHILE, 2018).

Se reconoce a la migración como un determinante social de la salud; entendido este como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas, afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud”. Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa (VAN DER LAAT, 2017). Amplia evidencia demuestra los altos niveles de vulnerabilidad que rodean al fenómeno migratorio en la actualidad (GATTINI; LEIVA, 2011), aspecto de suma relevancia para las instituciones sociales, políticas y económicas de los países que experimentan los efectos de la migración. Sin embargo, las condiciones de vulnerabilidad poseen especial importancia para los sistemas de salud en todo el mundo. El enfoque de determinantes sociales de la salud vislumbra el gran impacto que tienen estas vulnerabilidades en el empeoramiento del estado de salud y calidad de vida de las personas (CABIESES; GÁLVEZ; AJRAZ, 2018).

La creciente participación de la mujer en los movimientos migratorios, se manifiesta en que hoy se desplazan con mayor independencia y ya no en relación con su posición familiar o bajo la autoridad del hombre, si no que representan la mitad de la fuerza trabajadora de la población inmigrante.

Actualmente hay claridad sobre la alta participación de las mujeres en los procesos migratorios, pues han transformado las tendencias, se han reconfigurado, situándose con un papel activo en el desarrollo global, lo cual permite hacer una diferenciación sustancial en el efecto de las migraciones desde una perspectiva de género, pero no puede desconocerse el grado de vulnerabilidad en el que se ven inmersas las mujeres desde el momento mismo que abandonan el seno familiar: la ruta marcada para salir a otro país, los estereotipos sociales, las redes de trata de personas, la prostitución, la explotación sexual y laboral, además del abaratamiento de la mano de obra dentro de la posición de inferioridad que ocupan las mujeres en el mercado laboral, son factores que deterioran la vida de cualquier persona que abandone su país de origen en busca de oportunidades y de un mejor vivir con dignidad (VALENCIA, 2016). En Chile las mujeres inmigrantes representan un 67.6% de la tasa de ocupación, 20 puntos porcentuales superior a la de las mujeres chilenas con un 46.8% (CHILE, 2017).

Un reporte migratorio de Chile establece a través del otorgamiento de permisos de permanencia definitiva y visas temporales entre 2005 y 2016 que; 323.325 personas obtuvieron un permiso definitivo para vivir en Chile aumentando de 17.085 en 2010 a 53.188 en 2016, teniendo un importante crecimiento el otorgar este permiso a inmigrantes

provenientes de Colombia, Venezuela y Haití, los inmigrantes residen principalmente en las regiones Metropolitanas, Antofagasta y Tarapacá. Magallanes acoge al 0.6% (1806 personas) de inmigrantes con permiso definitivo. En lo que refiere al sexo nacional el 53.3% es mujer y la edad que predomina es de 30 a 44 años (CHILE, 2016).

En Punta Arenas, existe una clara feminización de la migración con 54.5% de un total de 3.039 inmigrantes provenientes principalmente de Colombia 39%, Venezuela 17%, Argentina 11% y Paraguay 8% (CHILE, 2018). Las actividades desempeñadas principalmente por los inmigrantes sin diferencia de género son empleados (dependientes), dueña de casa y estudiante (CHILE, 2018).

El presente estudio tiene como objetivo comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas, Chile.

MÉTODO

La investigación se realizó con abordaje cualitativo, el cual permite describir las experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud, en este caso, frente al acceso a la salud. De carácter descriptivo, por lo que permitió indagar y profundizar un fenómeno poco estudiado en la región por el reciente fenómeno de migración hacia la región.

Para ser incluidos en este estudio, las participantes debía ser mujeres mayores de edad (18 años) inmigrantes internacionales, haber utilizado los servicios de salud públicos o privados de manera directa o indirecta en Punta Arenas y de habla hispana. Se excluyen de esta investigación a inmigrantes con doble nacionalidad cuanto una de estas sea Chilena y aquellos inmigrantes poseedores de carta de nacionalidad al momento del estudio.

La muestra fue realizará a través de la técnica de bola de nieve en base a referidos, ya que es la técnicas más adecuada para esta investigación considerando que el porcentaje de inmigrantes en la región es del 3%. La muestra estuvo constituida por 13 mujeres de nacionalidades Venezolana, Colombiana y Paraguaya. La saturación teórica determinó el tamaño final de la muestra.

La ciudad de Punta Arenas está ubicada en el extremo sur de Chile, es la ciudad más poblada de la Patagonia Chilena con 131.592 habitantes es la capital de la región de Magallanes (CHILE, 2018). Es una ciudad que tiene entre su población herencia de los inmigrantes Croatas, españoles y ingleses como inmigrantes internacionales y Chilotes como inmigrantes nacionales. Según la última encuesta de Índice de Calidad de Vida Urbana, Punta Arenas se ubica como la ciudad con mejor calidad de vida entre ciudades intermedias – entre

50.000 y 250.000 habitantes- y se ubica en cuarto lugar a nivel nacional en lo que refiere a condiciones laborales (INSTITUTO DE ESTUDIOS URBANOS Y TERRITORIALES, 2018).

En lo que refiere al sistema de salud cuenta con 2 hospitales de la red pública y una clínica privada, 5 Centros de Salud Familiar (CESFAM) y 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) de la red de atención primaria y dependientes del municipio, esta red también cuenta con Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Centro Comunitario de Salud Mental, además de 2 Centros Médicos con alta resolución del sector privado.

En el recogida de datos, ocurrió el primer grupo de discusión se contactó a la presidenta de la agrupación venezolanos en la Patagonia en Punta Arenas, quien convoca a sus afiliados y logramos acordar la sesión en dependencias de la Universidad.

El segundo grupo de discusión se llegó a través de un referido chileno, este proporciono el número telefónico de la dueña de una microempresa de una inmigrante colombiana en la ciudad, y que cuenta con trabajadoras de la misma nacionalidad, se realizó un primer encuentro con la dueña del negocio y luego se realizó el grupo de discusión en dependencia de la empresa.

El tercer grupo se gestó desde una empresa de aseo que en su mayoría trabaja con mujeres inmigrantes, se contactó vía correo electrónico a la gerente de personas de la empresa, luego se sostuvo una reunión con ella y un segundo representante de la empresa, para finalmente poder realizar el grupo de discusión en dependencia de la empresa donde fueron citadas las participantes.

El cuarto grupo se pudo conformar a través de redes sociales, donde una inmigrante paraguaya comercializa productos se contactó por vía telefónica y finalmente se acordó un día para el grupo de discusión donde estuvieron presente ella y sus dos socias las tres de nacionalidad paraguaya.

Cabe destacar que en una primera fase se contactó a todos los grupos organizados y no organizados de inmigrantes viviendo en Punta Arenas, esto gracias a la SEREMI de salud y la encargada de migrantes, quien proporción el contacto de dichos representantes.

Finalmente se realizaron 4 grupos focales considerando para su formación la variable nacionalidad, lo que dio como resultado 3 grupos que compartían nacionalidad (Venezuela, Colombia y Paraguay) y un grupo mixto (Venezuela y Colombia). El tamaño fue de 3 y 4 representantes.

Se utilizó un instrumento de guía para el desarrollo de la sesión, que tuvo una duración de 45 minutos en promedio, tiempo en que las participantes tuvieron la libertad de expresar lo

que vivió y sintió en sus experiencias en la atención de salud. La sesión finaliza cuando las participantes no tenían nuevas ideas que aportar.

Luego de finalizada la sesión, estas fueron transcritas detalladamente para realizar un análisis temático de las mismas y estructuración de los datos. Con el objetivo dar una lectura en profundidad de lo que querían expresar las inmigrantes, recoger las ideas y pensamientos más importantes de ellas. Para luego, desarrollar este material en categorías y subcategorías, rescatando el mensaje central de cada discurso.

Para facilitar el análisis y la codificación de los datos se recurrió a programas computacionales tales como: Excel y Word. Lo que permitió realizar un análisis de la experiencia vivida por las mujeres inmigrantes en relación al acceso en salud.

Las consideraciones éticas se abordaron teniendo como base los siete requisitos universales de la investigación que fue sometido a la evaluación del comité ético científico de la Universidad de Magallanes, Chile, verificando que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo de la privacidad, respeto y dignidad de los estudiantes (EMANUEL, 2000). Todas las participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado previa explicación del objetivo del estudio y su metodología. Se solicitó su autorización para ser grabados y para la divulgación posterior de los resultados. A cada participante se le asignó un nombre ficticio para resguardar la privacidad de cada una.

RESULTADOS

A partir del análisis de las narraciones de las participantes, emergieron las siguientes categorías detalladas y analizadas a la luz de otros estudios relacionados a la temática: Utilización de los servicios de salud; Satisfacción en el uso de los servicios de salud y Barreras para el uso de los servicios de salud.

Caracterización de las participantes

Las edades de las participantes oscilaron entre 25 y 57 años (Media= 39,7 Desviación estándar [DS] 9,1). Aproximadamente el 54% tenía educación media completa, el 23% había completado la educación universitaria, el 38% estaba casada y el 46% se reporta como soltera. El 92% vive con su familia, un familiar directo o solo con su pareja. Solo 1 de las participantes reportó realizar actividades no remuneradas. El tiempo de residencia en Punta Arenas oscilaba entre 2 y 144 meses (Media=57 y una DS= 44,7).

Utilización de los servicios de salud

Las participantes reconocen el uso del servicio público como centro de referencia a sus dolencias y refieren que cuando se complican sus patologías acuden al servicio de urgencia, también reconoce el contar con la inscripción en el Fondo Nacional de Salud como clave para obtener acceso a los servicio de atención sanitaria, principalmente los CESFAM. Cuando realmente lo necesitamos, vamos a la urgencia del hospital (Julia). [...] cuando nosotras llegamos íbamos al hospital, nos decían uds. vienen aquí, pero tienen que ir al consultorio, ya en el consultorio nos decían uds. tienen que estar registradas en FONASA (Lidia). Yo fui a sacar primero la ficha (FONASA) y por que sin la ficha no te atienden en el consultorio [...] tienen que tener tu ficha (Cristina).

Las inmigrantes del estudio también reportaron la automedicación, prefiriendo el uso de medicamentos de libre venta en el país para dolencias menores y tener el conocimiento de que existen muchos medicamentos que han intentado adquirir y son vendidos bajo receta médica, reconociendo las que llevan más tiempo de residencia lugares donde se puede adquirir algunos de estos medicamentos. [...] yo me automedico, si me duele aquí o por allá (señala sus extremidades) [...] me tomo algo (Andrea). Yo he ido a la farmacia y no he vendido si no tengo receta (Mía). Compró algo en la farmacia pero ir a esperar si uno está un poco resfriada, no, no voy a ir a la urgencia (Cristina). [...] no pues ir a perder tiempo esperando a que me atiendan, uno se automedica (Lidia).

El uso de tecnicismo fue relatado en esta investigación y más que dificultar la utilización dificulta la comunicación entre la usuaria y el profesional de la salud, los tiempos de espera vividos por ellas y también los relatados por terceros genera cierta incertidumbre a la hora de ellas necesitar esta atención, y por sobre todo el déficit de horas a especialista médicos genera temor, ya que consideran que si para los nativos es difícil el acceso para ellas extranjeras lo es aún más. [...] yo todos los años me hago el examen del cuello uterino y en mi país en 3 a 8 días está listo lo debes ir a buscar y llevar a tu médico [...] yo estoy sorprendida que me dijeron que si salía mal me llamarían [...] será que así funciona aquí? [...] o es porque soy extranjera? (María). [...] me dijeron en el consultorio, te has tomado el “PAP”? [...] yo pensé de qué me estará hablando? Me quede callada y la matrona lo repitió? Yo no entendía de qué está hablando (Romina). [...] en mi primer ultrasonido en Chile de mi embarazo el médico me dijo: “destapa tu guatita para que veamos a la guaguita”, me quedé parada por que no entendí que me decía (Rocío). [...] en mi país uno espera para cirugía por ejemplo, pero nunca como acá, que no te llaman (Julia). [...] en mi país es más accesible

encontrar especialista, tienes más variedad, mas acceso (Lidia). [...] si uno se llega a enfermar, con una enfermedad tipo cáncer, va ser muy difícil de hacer [...] yo siempre he pensado que si a uno le da una enfermedad grave, se va a tener que ir [...] salir de aquí [...] pero si uno no tiene? Se tiene que limitar a lo que a uno le puedan brindar (Norma). [...] lo otro es que aquí tu pides una hora para un especialista, y no te la dan para una semana o quince días no ¡Tres meses, cuatro meses, si de aquí a cuatro meses tengo una ulcera yo ya me desangro! (Catalina).

Satisfacción en el uso de los servicios de salud

Es conocido que la inmigración propone ajuste que el sistema sanitario y su personal deben realizar, es el desafío de todo país con una alta tasa de inmigración, así esta investigación presenta, que las mujeres inmigrantes catalogan la atención recibida como buena, refiriendo que cuentan con los equipos profesionales, los equipos tecnológicos, medicamentos etc. lo que destacan es la atención personal que reciben que les parece regular, relatando experiencias de discriminación, trato despersonalizado, notado ciertas diferencias en comparación con los nativos y esto hace que no confíen de la atención brindada.

Las participantes señalaron que el personal en parte es una piedra de tope para la obtención de la atención médica, incluso en algunos casos fue catalogado de trato discriminatorio. [...] es que depende de las personas que te atiendan... porque algunas veces ellos amanecen mal y te atienden mal [...] y otras amanecen bien y te tratan bien (Cristina). Yo no se por que algunos los atiende a uno no tiene que ver como le caigas a la chica que da la cita [...] por que si le caes mal a uno inmigrante ella no te da la cita, a mi me ha pasado [...] yo llego que y la chica estaba toda mal geniada, me pidió mis papeles y los papeles yo le pase mi pasaporte [...] no no hay hora [...] y paso otro y si le dio la hora [...] eso es discriminación, me a pasado varias veces (Andrea).

Situación vivida por las participantes se refieren al trato y satisfacciones con este, reportando una atención poco sensible y lejana, lo que provee de desconfianza en la atención en salud. Destaca la figura médica como el profesional de salud más criticado, esto por la lejanía de su atención y la falta de procedimientos médicos básicos que las participantes destacan no realizan estos profesionales y que tienden a generar desconfianza e inseguridad en el diagnóstico y tratamiento con calma. [...] es muy distinta porque yo la mayoría de mis atenciones que he tenido el médico muchas veces no te mira, no sabe el color de tus ojos, llega escribe lo que tienes y te escribe el medicamento “a qué viene, qué le duele te voy a dar

esto” ni siquiera te examina (Julia). [...] como dice María tiene toda la razón...tienen equipos, medicina, dental, me puedes hacer casi todo los tipos de exámenes, por eso no me quejo pero la parte del doctor si...no te inspiran confianza. (Romina). [...] yo dudo más que hacen con la infraestructura, con buen personal de apoyo, si los médicos no son buenos, me da terror [...] en el naval abrió el cubículo, se asomó “ud. que tienen a ya” en una computadora [...] ese hombre ni me explico que me estaba mandando y cuando me percate me dio la espalda (Rocío).

La discriminación también se pudo constatar en este estudio donde en algunas oportunidades se las participantes experimentaron estas situaciones, aquí se destacan algunas de ellas. [...] uno como inmigrante se siente como en el limbo [...] porque tú no sabes si el que te está atendiendo lo está haciendo bien o mal, entonces tu siempre te quedas será que me sale bien [...] será que me está diciendo la verdad [...] será que me lo dice porque soy extranjera”. Muchas veces uno se va con la duda, si el diagnóstico está bien, si la medicación que te dieron está bien, si el procedimiento que te hicieron está bien, porque no sabes si te atendieron como debían o no [...] y te da miedo reaccionar y discutir algo por qué piensas que te tirar Ud. qué hace aquí [...] si no le gusta váyase (María). [...] miedo a que puedes ser tratado diferente por ser extranjera [...] en Venezuela por ejemplo si la enfermera me dice ahora no la puedo atender [...] yo hoy y le digo como que no me puede atender y tacataca [...] en cambio aquí no. Aquí si la enfermera me dice eso, yo al tiro pienso: si la recrimino y le digo algo a ella, lo primero que me va a decir: es que me va a decir ud. si ud. es una extranjera váyase para su país y va a salir alguien del público y me increpa también, entonces uno se queda callado (María).

Se puede evidenciar que las mujeres inmigrantes presentan numerosas dificultades en el acceso a los servicios de salud y se encuentran expuestas a determinantes sociales propias de la ciudad en que residen y se ve aumentadas por mayor inequidad, xenofobia y discriminación. Es aquí donde los factores sociales y comunitarios se vuelven un elemento de las determinantes sociales que afecta negativamente el acceso a la salud de las mujeres inmigrantes.

Barreras en el acceso y la utilización de los servicios de salud

El limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población inmigrante. También, en algunos casos, hay desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, maximizando el

miedo a las autoridades, patronos y sociedad en general, y permitiendo así explotación y discriminación.

La presente investigación y en los relatos de las participantes se pudo develar que las mujeres inmigrantes en su totalidad desconocen de las leyes vigentes en el país con respecto a la atención de las personas inmigrantes, solo un grupo mencionó haber escuchado con respecto a las leyes de la migración. [...] La verdad es que no se, he escuchado algo de una ley de emergencia (María). [...] debe haber, no tengo información, pero debe haber [...] porque cuando yo llegue embarazada, me dijeron que si me enfermaba o me sentía mal debía ir al hospital [...] debe haber una ley que ampara a la embarazada (Romina).

Así también las participantes reconocieron que es muy difícil navegar por el sistema local que falta información en los lugares de recepción y que es desordenado el sistema, lo que hace que la atención se retrase hasta que los trámites burocráticos se obtengan. [...] uno llega y no sabe muchas cosas del sistema, no sabe dónde atenderse, tampoco tenemos quien nos guía, muchas personas a las que uno le pregunta, no te guían, no te dicen, sabes tienes que ir a tal lado [...] al principio preguntaba a gente de acá y poco te daban una respuesta [...] en nuestro caso nos guiamos por la gobernación y no hay ninguno que te guíe (Lidia). [...] mi sobrina tenía una otitis y un tapón de cerumen y el médico le entrega su referencia para que la vieran el lunes por que ese día era sábado, cuando ella va, ella pensaba le iban a hacer un lavado de oídos ese mismo día, pero no le dieron cita para el 28 [...] yo no sé por qué si había mucha gente ese día, yo no sé cómo es el procedimiento (Carla). Prefiero pagar un bono y que me atiendan en el Hospital Naval (Rocío). [...] puedes comprar un bono y atenderte donde los milicos (Catalina). Pues claro puedes ser atendida (Rocío).

Otro punto que se interpone como barrera para el acceso a la salud es el costo económico de la atención el que las inmigrantes reconocen como una gran dificultad a superar. [...] hay medicinas que no me da el hospital y yo no me lo voy a ir a comprar porque es bastante costoso (Catalina). [...] a nosotros como inmigrantes al principio se me hace difícil, que iba y necesitaba algo y yo esperaba, iba decía que me falta esta medicina y fui a la farmacia y está muy cara que hacemos podemos quitar un poco de aquí [...] un poco de allá [...] el factor económico es muy importante para los inmigrantes (Romina). En algunos remedios yo veo que los venden súper caros y los especialistas igual, ese sí que es caro (Celeste). [...] nosotros tenemos un sistema de gobierno que es como FONASA, pero la diferencia es que nosotros no pagamos, si vas con una gripe, te dan los medicamentos, todo te lo dan no tienes que salir a comprar, no pagas en hospitalización, cirugías ni en especialistas, en nada. Aquí es cara (Julia).

DISCUSIÓN

Los relatos de las mujeres inmigrantes participantes de este estudio nos hablan de como utilizan los servicios de salud, punto que se encuentra dentro de las determinantes de salud, existe un consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, la migración incluye cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben (VAN DER LAAT, 2017).

Dentro de esta dificultad está el acceso a la salud y la utilización de los servicios públicos de urgencia como mayor prestador de servicios de las inmigrantes en su llegada a destino lo que de estudio encontró que las inmigrantes utilizan mayoritariamente los servicios públicos en salud, prefieren utilizar los servicios de urgencia a su llegada al nuevo país (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2015). Así mismo la obtención de una tarjeta que los habilite al uso de los servicios sanitarios, es clave en el acceso a la salud, al igual que lo referido por las participantes de este estudio (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2015; PÉREZ-URDIALES *et al.*, 2019).

La automedicación es también una herramienta utilizadas por los inmigrantes cuando los síntomas no son importantes (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2015). Los migrantes en situación de irregularidad, suelen evadir los mecanismos formales de atención por el miedo a ser deportados, recurriendo a la automedicación (CABIESES; GÁLVEZ; AJRAZ, 2018). Lo que también es relatado por las participantes, aunque la automedicación es una práctica que realizan también los nativos del país es importante destacar que esta automedicación se asocia a una serie de dificultades para acceder a los servicios formales.

Las principales dificultades encontradas para la utilización del sistema sanitario están ampliamente descritas y muchas veces se cruzan con las barreras de acceso, pero dentro de las que podemos encontrar están el idioma, el uso de tecnicismos, los tiempos de espera, el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2015; PÉREZ-URDIALES *et al.*, 2019; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2016), otras dificultades son la complejidad para navegar por el sistema de salud, la dificultad para acceder a especialistas y a la atención de enfermedades diferentes o diagnósticos graves (TSAI; LEE, 2016; CZAPKA; SAGBAKKEN, 2016). Lo que fue reportado por las participantes en especial la diferencia de lenguaje en sus modismos, los tiempos de espera, la falta de especialistas entre los primeros.

En una investigación hecha en la ciudad de Barcelona se obtuvieron los siguientes datos: La satisfacción usuaria en torno a los inmigrantes puede dejarnos datos como que el 89% de la población encuestada dijo “haber sido tratada con respeto” al acudir a los servicios de salud, siendo considerado este el aspecto más importante. Sin embargo, el 59,4% refirió una percepción de “discriminación hacia los inmigrantes” y el 68,4% manifestó que las diferencias culturales afectan “total o parcialmente” la calidad de la atención recibida. Para el 66,7% la atención sanitaria recibida en Barcelona es mejor que la recibida en su país de origen, principalmente por su calidad científico-técnica y por el acceso universal (n=225) (VELASCO; VINASCO; TRILLA, 2016).

Estudio que se acerca a la realidad de las participantes las que reconocen la tecnología presente, pero si refirieron percepciones de diferencias en el trato y acceso por su condición de inmigrante. De la realidad nacional la tesis de Mosquera, realizada con inmigrantes en Chile destaca que las comunidades migrantes se sienten insatisfechas con la atención de salud, en resumen el 75% de todos los países 89 migrantes contestan que la evaluación es negativa, es decir que se sienten insatisfechos en todos los procesos que conllevan a la atención de salud. De este 75% el 39% corresponde a la opinión de mujeres (VIVAR, 2011).

Así mismo en lo que refiere a la satisfacción de la atención es que nos encontramos con algunos estudios se hace referencia a que el personal administrativo tiene un impacto en la percepción sobre cómo se proporcionar sobre el proceso de acceso al sistema de salud a en los centros de salud (PÉREZ-URDIALES *et al.*, 2019; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2016; TSAI; LEE, 2016; CZAPKA; SAGBAKKEN, 2016; VELASCO; VINASCO; TRILLA, 2016; VIVAR, 2011), lo que es sostenido por los resultados de esta investigación donde el personal administrativo es considerado una barrera para el acceso a la atención de salud.

Un estudio de metodología etnográfica realizado en Chile y que observa las interacciones del personal con los usuarios inmigrantes, obteniendo que generalmente los funcionarios administrativos encargados de esta sección desconocen la especificidad del fenómeno migratorio y actúan bajo criterios personales, influenciados por sus propios prejuicios y su xenofobia. Esto se traduce por ejemplo en no responder concretamente a las solicitudes del paciente inmigrante, en no dar una hora que facilite la asistencia del mismo, o simplemente en no aceptar su inscripción por falta de alguna documentación (CONCHA, 2015). En lo que refiere al trato y satisfacción de este, encontramos que la literatura nos aporta que; algunas participantes reportaron encuentros hostiles con y discriminación por parte del personal de atención médica cuando se trata de acceder a servicios de atención

médica, incluida la falta de comprensión cultural y/o la aceptación de las diferencias culturales cuando se brinda asistencia a pacientes inmigrantes (LINDSAY *et al.*, 2016).

También se destaca que la falta de comunicación efectiva y la atención culturalmente competente como la barrera más crítica en los encuentros de atención médica. Las interacciones de las mujeres inmigrantes con los proveedores de salud. Varios informantes discutieron la falta de confianza de algunos inmigrantes en los proveedores de atención médica como resultado de experiencias previamente deficientes. Las mujeres inmigrantes atribuyeron la falta de confianza al temor a la discriminación, el rechazo y las barreras del idioma (TSAI; LEE, 2016). Además, varios participantes mencionaron una brecha en las expectativas, ya que, en un estado de vulnerabilidad, esperaban una atención más atenta y empática de lo que los proveedores de atención médica estaban dispuestos brindar (CZAPKA; SAGBAKKEN, 2016). Las mujeres, afirmaron sentirse ignorados por los médicos simplemente por ser migrantes (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2016). De los relatos de las participantes se coincide con lo expuesto pero se ve más reflejada la falta de confianza hacia los profesionales médicos y temor de al expresar sus opiniones, deseos o exigir la atención que considerar la oportuna y adecuada sufran discriminación por el personal de salud.

En lo que refiere al conocimiento del funcionamiento y de las leyes que rigen la protección de derechos a la salud de las personas inmigrantes el estudio realizado es claro en lo que respecta al funcionamiento es dificultosa en un inicio y a pesar de largo tiempo de residencia aún se pueden observar deficiencias de conocimiento y en lo que respecta a las leyes de protección el desconocimiento es absoluto. Así mismo ocurre en una investigación donde el desconocimiento de cómo funciona el sistema de salud, generan con frecuencia un acceso desigual (ante una misma necesidad) de la población inmigrante, que puede llegar incluso a su exclusión de los servicios de salud (VÁZQUEZ; VARGAS; ALLER, 2014).

Así mismo la migración como determinante social de la salud y en su elemento factores estructurales y políticas, describe la carencia de legislación garante del acceso a la salud y la existencia de políticas que generan barreras y afectan la salud y también se debe considerar el elemento que se relaciona con las condiciones laborales y de vida como es el menor acceso a salario digno, estos elementos hacen que las mujeres migrantes tengan un menor uso de los servicios de salud y que sea más dificultosa su acceso. Uno estudio donde se observó que los inmigrantes indocumentados prefieren no asistir a los hospitales públicos para atender sus problemas de salud, esto fundado en el temor por su condición irregular y por otro lado se encuentra el desconocimiento y la falta de información respecto al derecho a la salud y a su carácter irrestricto y universal que existe en toda ciudad donde se desarrolla la

investigación. Se constata una utilización creciente de los servicios públicos de salud en inmigrantes que resuelven su situación migratoria (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013).

El desconocimiento de sus derechos y del funcionamiento del sistema sanitario fueron reconocidos como importantes barreras para el acceso.²⁶ Dentro de las principales dificultades para acceder al sistema de salud reportados por inmigrantes está el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2015). En uno estudio de 2016, se describe que las mujeres inmigrantes sintieron que no eran lo suficientemente competentes para promover la salud personal y familiar, ya que tenían acceso y comprensión limitados de la información de salud, carecían de las habilidades necesarias para comunicarse con los proveedores de atención médica, y tenía un conocimiento y confianza insuficientes para tomar decisiones de salud (TSAI; LEE, 2016).

Razones para evitar o interrumpir la búsqueda de salud la atención se relaciona principalmente con el temor a los inmigrantes por ser rechazados, la falta de conocimiento sobre los derechos y la organización del sistema de salud y las dificultades para cumplir con las condiciones legales y los procedimientos de acceso. Del mismo modo, los participantes expresaron que la falta de conocimiento sobre las leyes que regulan el acceso a la atención médica y el hecho de ser indocumentados actuaron como una razón sólida adicional para no acercarse a los centros de atención médica o para acercarse a ellos por temor a ser rechazados (PÉREZ-URDIALES *et al.*, 2019; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2016).

Uno de los estudios señala un fácil y expedito acceso a la salud este estudio tiene la particularidad de ser realizado en una estado de los EEUU, donde el acceso a la salud es inherente de la situación migratorio, ya que este estado asegura el acceso a todos sus residentes (LINDSAY *et al.*, 2016).

Toda esta evidencia es coherente con lo encontrado en el relato de las participantes donde la totalidad de las participantes desconocían la legislación actual y pasada sobre la protección de sus derechos en salud por lo que podemos suponer muchas veces no accedieron a la atención en salud por miedo o desconocimiento de las consecuencias que implicaría el ser reconocidas como indocumentadas.

Dentro de las limitaciones que se pueden reportar es la dificultad para realizar la reunión con 3 o más inmigrantes, ya que en su mayoría trabajan y luego de esto deben cuidar de sus familiares, por lo que la técnica de la entrevista sería más fácil de realizar para obtener una mayor cantidad de relatos. Además de complementar las experiencias de las mujeres inmigrantes con la de los hombres inmigrantes y realizar estudios de tipo cuantitativos.

Es importante reflexionar sobre los tiempos que actualmente se viven donde la calidad de vida está amenazada constantemente por diversos factores, donde la inmigración cada vez se hace más frecuente en búsqueda de esta anhelada “calidad de vida”, donde la falta de tolerancia amenaza la integridad física y psicológica de los nuevos miembros de nuestro país, se hace necesario educar en la nueva multiculturalidad que nos enfrentamos, incluir más que nunca el trato humanizado, conversar sobre inmigración, conocer nuevas culturas y cuál es su asociación con las prácticas de salud, ampliar la visión de todos los profesionales de la salud hacia lo necesario de una atención culturalmente sensible, esto hace de este estudio inédito en la región donde se desarrolla y podría marcar el inicio de investigaciones futuras que permitan derribar mitos y disminuir las inequidades que enfrentan las y los inmigrantes en esta región tan austral.

CONSIDERACIONES FINALES

En general las experiencias de las mujeres inmigrantes en la ciudad de Punta Arenas han sido mayormente negativos, con mucha dificultad en el acceso sanitario principalmente asociado a desconocimiento, costos y barreras. Siendo el desconocimiento y falta de información proporcionada por los entes gubernamentales que tienen el primer contacto con estas una de las principales dificultades para acceder a los servicios sanitarios cuando se requieren y poder navegar por este sistema de salud de mejor forma. En lo que refiere a costos la experiencia vivida por las mujeres inmigrantes no dista de la que viven los nativos, siendo la salud chilena de un alto costo.

Las experiencias más significativas relatadas por las participantes hacen referencia a momentos negativos vividos, donde sintieron miedo, desconfianza. Hubo relatos de discriminación en el trato recibido y a una atención despersonalizada, experiencias que se pueden traducir en la consulta tardía que resulten en complicaciones de salud. A pesar de esto se encontraron relatos de agrado hacia infraestructura y tecnología disponible.

Finalmente estos resultados permiten considerar que: se requiere de educación a la población inmigrante sobre sus derechos y deberes como usuario del sistema de salud. Educación y fomento a la inclusión y tolerancia a la población común de la región. Y continuar con la investigación tanto cuantitativa como cualitativa para comprender más a fondo el fenómeno de inmigración en esta región tan austral, abarcando todas las dimensiones que este tema permite.

REFERENCIAS

BAS-SARMIENTO, Pilar *et al.* Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 4, p.244-251, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>.

CABIESES, Báltica; GÁLVEZ, Piedad; AJRAZ, Nassim. 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**, v. 35, n. 2, p.285-301, 9 jul. 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n2/a16v35n2.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. Observatorio Chileno de Salud Pública. **Provisión de servicios asistenciales de salud**. Santiago: Escuela de Salud Pública. 2018. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/atencion-de-salud/provision-de-servicios-asistenciales-de-salud>. Accedido en: 13 ju. 2019.

CHILE. **Población migrante en Chile**. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2017. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional: Inmigrantes principales resultados**. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2016. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_IN_MIGRANTES_21122016_EXTENDIDA_publicada.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Población migrante en Chile**. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2018. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional**. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2018. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_obj.php. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050**. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2018, 47 p. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CONCHA, Nanette Liberona. Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. **Si Somos Americanos**, v. 15, n. 2, p.15-40, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.4067/s0719-09482015000200002>.

CZAPKA, Elzbieta Anna; SAGBAKKEN, Mette. “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. **Bmc Health Services Research**, v. 16, n. 1, p.2-14, 1 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>.

EMANUEL, Ezekiel J.. What Makes Clinical Research Ethical? **Jama**, v. 283, n. 20, p.2701-2710, 24 maio 2000. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>.

GATTINI, César; LEIVA, Johan Alvarez. **Salud en Chile 2010: Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile**. Santiago (CL): Organización Panamericana de la Salud. 2011. Disponible en: <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>. Accedido en: 13 jul. 2019.

GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p.283-297, jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000200003>.

GREDER, Kimberly; REINA, Angelica S.. Procuring Health: Experiences of Mexican Immigrant Women in Rural Midwestern Communities. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 9, p.1334-1344, 17 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318816676>.

INSTITUTO DE ESTUDIOS URBANOS Y TERRITORIALES. **Índice de Calidad de Vida Urbana Comunas y Ciudades de Chile**. Santiago: Camara Chilena de la Construcción; 2018, 54 p. Disponible en: http://estudiosurbanos.uc.cl/images/noticias-actividades/2018/Mayo-2018/20180508_ICVU_2018_-_Version_Definitiva.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

LINDSAY, Ana C. *et al.* Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. **Bmc Health Services Research**, v. 16, n. 1, p.2-08, 2 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1723-9>.

MCINTYRE, D; THIEDE, MSB; BIRCH, S. Access as a policy-relevant concept in low and middle income countries. **Health Econ Policy Law**, v.42, n. 2, p. 179-193, 2009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19187569>. Accedido en: 13 jul. 2019.

PÉREZ-URDIALES, Iratxe *et al.* Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. **International Journal For Equity In Health**, v. 18, n. 1, p.2-11, 24 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6>.

PÉREZ-URDIALES, Iratxe; GOICOLEA, Isabel. ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. **Atención Primaria**, v. 50, n. 6, p.368-376, jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>.

TSAI, Tzu-i; LEE, Shoou-yih D.. Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 54, p.65-74, fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>.

TOPA, J.b.; NOGUEIRA, C.; NEVES, S.. Vivências de Mulheres Brasileiras nos Serviços de Saúde Materna. **Revista Gênero & Direito**, v. 5, n. 2, p.25-51, 29 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.18351/2179-7137/ged.v5n2p25-51>.

VALENCIA, Y Palacios. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. **Revista Ces Derecho**, v. 7, n. 2, p. 145-162, 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000200011&lng=en&nrm=iso. Accedido en: 20 ago. 2019.

VAN DER LAAT, Carlos. La migración como determinante social de la salud. *In*: CABIESES, Báltica; BERNALES, Margarita; MCINTYRE, Ana. **La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas**. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 29-38. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

VÁZQUEZ, María Luisa; VARGAS, Ingrid; ALLER, Marta-beatriz. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, p.142-146, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.012>

VELASCO, César; VINASCO, Ana Maria; TRILLA, Antoni. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. **Atención Primaria**, v. 48, n. 3, p.149-158, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>.

VIVAR, XLM. **Evaluación de la satisfacción con el sistema de atención de salud de hombres y mujeres migrantes provenientes de Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia y Brasil que habitan en la región metropolitana** [tesis]. Santiago: Escuela de Salud Pública: Universidad Mayor; 2011.

7 CONSIDERACIONES FINALES

Retomando el objetivo de la investigación “Comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas”, se puede concluir que en los últimos años la inmigración hacia Chile ha sufrido un aumento como nunca antes se ha registrado, principalmente la inmigración es de los mismos latinos siendo la comunidad venezolana y haitiana los mayores ingresos en los últimos años, quienes por razones mundialmente conocidas están cambiando su lugar de residencia en busca principalmente de mejor calidad de vida, se podría analizar profundamente las razones de migración pero dada la experiencia en el ámbito de la salud de esta investigadora es que me he centrado en la experiencia en el acceso a la salud.

Dentro de las principales dificultades reportadas por las mujeres inmigrantes, se encuentran temas de fondo que se viven en nuestro país y de la salud pública chilena, como son las largas esperas para la resolución de problemas que requieren de atención especializada y cirugías, además de los grandes costos que puede generar una enfermedad. Este desafío es una deuda pendiente a nivel país que todos los actores de las distintas instancias de decisión y acción debemos solicitar y colaborar en su modificación en pro de que tanto inmigrantes como nativos puedan alcanzar su máximo potencial de bienestar y que la salud o el nivel de bienestar sea dependiente del nivel adquisitivo de una persona. Si bien en nuestro país las GES (Garantías Explícitas en Salud) permiten acceder de manera garantizada a 85 patologías (finales de 2019) descritas, las mujeres participantes de esta investigación ni siquiera mencionan esta palabra en sus relatos, lo que les impide conocer que existen 85 patologías que el estado se garantiza a proteger en acceso, protección financiera y tiempos garantizados por ley, la posibilidad de enfermarse gravemente y no contar con las prestaciones adecuadas genera un gran temor, incertidumbre y desconfianza del acceso a la salud.

Pero un tema que preocupa de lo surgido en la investigación es las situaciones de discriminación que se expresa y la despersonalización de la atención. Los sentimientos de discriminación latentes hacen que las inmigrantes no actúen de forma habitual y que deben retraerse y comportarse de otra manera, lo que provoca sentimientos negativos. Además que se menciona que las personas calificadas como administrativos fueron reportados como una barrera de acceso a la salud, siendo que su labor en esencia es facilitar este acceso. La atención poco humanizada también fue reportada por las mujeres participantes refiriéndose principalmente a la atención de los profesionales médicos como poco cercana, en comparación a la atención a la que habitualmente estaban acostumbradas a recibir en su país

de origen. Este problema debería ser tratado en otra investigación, también sería importante conocer con estudios masivos la satisfacción de los usuarios inmigrantes de los distintos servicios de salud que utilizan.

Dentro de las limitaciones que se pueden reportar es la dificultad para realizar la reunión con 3 o más inmigrantes, ya que en su mayoría trabajan y luego de esto deben cuidar de sus familiares, por lo que la técnica de la entrevista sería más fácil de realizar para obtener una mayor cantidad de relatos. Además de complementar las experiencias de las mujeres inmigrantes con la de los hombres inmigrantes y realizar estudios de tipo cuantitativos.

Y por último invitar a la reflexión sobre los tiempos que actualmente se viven donde la calidad de vida está amenazada constantemente por diversos factores, donde la inmigración cada vez se hace más frecuente en búsqueda de esta anhelada “calidad de vida”, donde la falta de tolerancia amenaza la integridad física y psicológica de los nuevos miembros de nuestro país, se hace necesario educar en la nueva multiculturalidad que nos enfrentamos, incluir más que nunca el trato humanizado, conversar sobre inmigración, conocer nuevas culturas y cuál es su asociación con las prácticas de salud, ampliar la visión de todos los profesionales de la salud hacia lo necesario de una atención culturalmente sensible.

REFERENCIAS

- AGUDELO, A. *et al.* A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. **BMC Health Serv Res**, v. 1, n. 2, 2012. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3565901&tool=pmcentrez&rendertype=Abstract>. Accedido en: 20 ago. 2019.
- BAS-SARMIENTO, Pilar *et al.* Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 4, p.244-251, jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. **DL No. 2.763 sobre Reglamento Orgánico del Sistema Nacional de Servicios de Salud**. 1980
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL. **Ley 19.937 sobre autoridad sanitaria**. 2004.
- BROWN. R. *et al.* Racial and ethnic disparities in access to health insurance and health care. Los Angeles: **UCLA Center for Health Policy Research**, 2000. Disponible en: <http://escholarship.org/uc/item/4sf0p1st>. Accedido en: 20 ago. 2019.
- CABIESES, Báltica; GÁLVEZ, Piedad; AJRAZ, Nassim. 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**, v. 35, n. 2, p.285-301, 9 jul. 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n2/a16v35n2.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.
- CABIESES, Báltica. **Población migrante internacional en Chile: un desafío hoy en salud pública**. 2015. Disponible en: <http://www.redciencia.net/content/poblaci%C3%B3n-migrante-internacional-en-chile-un-desaf%C3%ADo-hoy-para-salud-p%C3%BAblica>. Accedido en: 20 ago. 2019.
- CABIESES, Báltica; BIRD, P.. Glossary of access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, v. 44, n. 4, p. 845-861, 2014.
- CABIESES, Báltica; OYARTE, Marcela; DELGADO, Iris. Uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local en Chile. *En: La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. 2017. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf. Accedido en: 13 ju. 2019.
- CHILE. Departamento de extranjería y migración. **Migración en Chile 2005-2014**. Publicado 2016. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-Estad%C3%ADstico-Nacional-Migraci%C3%B3n-en-Chile-2005-2014.pdf>. Accedido en: 13 ju. 2019.

CHILE. Observatorio Chileno de Salud Pública. **Provisión de servicios asistenciales de salud**. Santiago: Escuela de Salud Pública. 2018. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/atencion-de-salud/provision-de-servicios-asistenciales-de-salud>. Accedido en: 13 ju. 2019.

CHILE. **Población migrante en Chile**. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2017. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional: Inmigrantes principales resultados**. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2016. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_INMIGRANTES_21122016_EXTENDIDA_publicada.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Población migrante en Chile**. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2018. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Población migrante en Chile**. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2017.

CHILE. **Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional**. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2018. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_obj.php. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. **Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050**. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2018, 47 p. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. Constitución Chile. **Capítulo III: de los derechos y deberes constitucionales**. Artículo N°9. 1980.

CHILE. Senado. **Salud del Inmigrante**. 2016. Disponible en: <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>

CHILE. Ministerio de Desarrollo Social. **Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional. Inmigrantes 2015**. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_INMIGRANTES_21122016_EXTENDIDA_publicada.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

CHILE. Ministerio de Salud. **Subsecretaría de salud pública**. Migración y salud. 2017.

CHILE. Departamento de estudio y desarrollo. **Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global, 2013**. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005_recurso_1.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

CONCHA, Nanette Liberona. Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. **Si Somos Americanos**, v. 15, n. 2, p.15-40, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.4067/s0719-09482015000200002>.

CZAPKA, Elżbieta Anna; SAGBAKKEN, Mette. “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. **Bmc Health Services Research**, v. 16, n. 1, p.2-14, 1 set. 2016. Disponible em: Accedido em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>.

DEEB-SOSSA, Natalia *et al.* Experiencias de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p.981-991, maio 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000500015>.

DIAS, Sonia; GAMA, Ana; ROCHA, Cristianne. Immigrant women’s perceptions and experiences of health care services: insights from a focus group study. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 18, n. 5, p. 489-496, 2010. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-010-0326-x>. Accedido en: 20 ago. 2019

EMANUEL, Ezekiel J.. What Makes Clinical Research Ethical? **Jama**, v. 283, n. 20, p.2701-2710, 24 maio 2000. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>.

FONSECA, Maria Lucinda *et al.* **Reunificação familiar e imigração em Portugal**. Lisboa: ACIME, 2005.

GANONG, L. H.. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n.1, p.1-11 fev. 1987.

GATTINI, César; LEIVA, Johan Alvarez. **Salud en Chile 2010: Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile**. Santiago (CL): Organización Panamericana de la Salud. 2011. Disponible en: <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>. Accedido en: 13 jul. 2019.

GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p.283-297, jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000200003>.

GREDER, Kimberly; REINA, Angelica S.. Procuring Health: Experiences of Mexican Immigrant Women in Rural Midwestern Communities. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 9, p.1334-1344, 17 dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318816676>.

INSTITUTO DE ESTUDIOS URBANOS Y TERRITORIALES. **Índice de Calidad de Vida Urbana Comunas y Ciudades de Chile**. Santiago: Camara Chilena de la Construcción; 2018, 54 p. Disponible en: http://estudiosurbanos.uc.cl/images/noticias-actividades/2018/Mayo-2018/20180508_ICVU_2018_-_Version_Definitiva.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World Migration report 2012.** World Migration report. Disponible en: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

LINDSAY, Ana C. *et al.* Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. **Bmc Health Services Research**, v. 16, n. 1, p.2-08, 2 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1723-9>.

LLOP-GIRONES, Aalba *et al.* Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 88, n. 6, p. 715-734, dic. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000600005&lng=es&nrm=iso.

MADI, Maria Carolina; CASSANTI, Ana Carolina; SILVEIRA, Cássio. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 67-71, 2009. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/11.pdf>. Accedido en: 13 jul. 2019.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MCINTYRE, D; THIEDE, MSB; BIRCH, S. Access as a policy-relevant concept in low and middle income countries. **Health Econ Policy Law**, v.42, n. 2, p. 179-193, 2009. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19187569>. Accedido en: 13 jul. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **El desafío del conocimiento:** investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar editorial. 2004.

MOSQUERA, Ximena. **Evaluación de la satisfacción con el sistema de atención de salud de hombres y mujeres migrantes provenientes de Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia y Brasil que habitan en la región metropolitana.** Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor. Chile. 2011. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/342/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Accedido en: 13 jul. 2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Mujeres migrantes en Chile:** oportunidades y riesgos de cruzar fronteras para trabajar. 2017. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_560975.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Estimaciones mundiales de la OIT sobre los trabajadores y trabajadoras migrantes.** Resultados y metodología. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2015. Disponible en: http://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_436343/lang-es/index.htm. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Inequidad y barreras en los sistemas de salud.** 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cobertura Universal de Salud.** 2014. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Situación en países de América Latina.** Coordinación Alames - Chile. Chile: Derecho a la salud. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/cap3.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Estimaciones mundiales de la OIT sobre los trabajadores y trabajadoras migrantes.** Resultados y metodología. Oficina Internacional del Trabajo, 2015, Ginebra. http://www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_436343/lang--es/index.htm Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **Department of Social Inclusion.** Migration and Development Program (MIDE). II. Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas (SICREMI). III. Title: Tercer informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas (SICREMI) 2015. IV. Disponible en: <https://www.oas.org/docs/publications/sicremi-2015-spanish.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA MIGRACIÓN. **Glosario sobre migración.** 2006.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA MIGRACIÓN. **Los términos claves de migración.** s/f.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA MIGRACIÓN. **Perfil migratorio de Chile.** 2011. Disponibles en: http://priem.cl/wp-content/uploads/2015/04/Stefoni_Perfil-Migratorio-de-Chile.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.** 2005.

OLIVER, A.. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. **Journal Of Epidemiology & Community Health**, v. 58, n. 8, p.655-658, 1 ago. 2004. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.017731>.

OBRIST, Brigit *et al.* Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action. **Plos Medicine**, v. 4, n. 10, p.308-318, 23 out. 2007. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0040308>.

PÉREZ-URDIALES, Iratxe *et al.* Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. **International Journal For Equity In Health**, v. 18, n. 1, p.2-11, 24 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6>.

PÉREZ-URDIALES, Iratxe; GOICOLEA, Isabel. ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. **Atención Primaria**, v. 50, n. 6, p.368-376, jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>.

PÉREZ, Maria Dolores. Mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas. **Revista española de educación comparada**, v. 14, p. 137-175, 2008. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/sfwseec/reec/reec14/reec1405.pdf>. Accedido en: 20 ago. 2019.

PONCE, Ninez A.; HAYS, Ron D.; CUNNINGHAM, William E.. Linguistic disparities in health care access and health status among older adults. **Journal Of General Internal Medicine**, v. 21, n. 7, p.786-791, jul. 2006. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00491.x>.

PUSSETI, Chiara *et al.* **Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural**. Lisboa: ACIDI, 2009.

REIJNEVELD, S. A.. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. **Journal Of Epidemiology & Community Health**, v. 52, n. 5, p.298-304, 1 maio 1998. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.5.298>.

ROCHA, Cristianne Maria Famer *et al.* Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, MG, v. 8 n.15, p. 190-200, 2012. Disponible em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17881>. Accedido en: 20 ago. 2019.

RODRIGUEZ, Gregorio; GARCIA, Eduardo. **Metodología de la investigación cualitativa**. Ediciones Aljibe. Málaga, 1996.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p.5-6, jun. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.

SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ, Carlos. **Metodología de la investigación**. 6 ed.: Mc Graw Hill Educación, 2006

SCHMIDT, N. C. *et al.* Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p.1-10, 6 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0478-7>.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD CHILE. **Estudio de opinión y satisfacción usuaria**. 2012.

TOPA, J.b.; NOGUEIRA, C.; NEVES, S.. Vivências de Mulheres Brasileiras nos Serviços de Saúde Materna. **Revista Gênero & Direito**, v. 5, n. 2, p.25-51, 29 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.18351/2179-7137/ged.v5n2p25-51>.

TSAI, Tzu-i; LEE, Shoou-yih D.. Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan.

International Journal Of Nursing Studies, v. 54, p.65-74, fev. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **State of world population 2006**. A passage to hope: women and international migration. New York: UNFPA, 2006. Disponible en: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/650_filename_sowp06-en.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

UNITED NATIONS. **World migration managing migration - Challenges and Responses for People on the Move**. 2003.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Population Division 2017**. International Migration Report 2017, (ST/ESA/SER.A/403).

VALENCIA, Palacios. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *Revista Ces Derecho*, v. 7, n. 2, p. 145-162, 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000200011&lng=en&nrm=iso. Accedido en: 20 ago. 2019.

VAN DER LAAT, Carlos. La migración como determinante social de la salud. *In: CABIESES, Báltica; BERNALES, Margarita; MCINTYRE, Ana. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 29-38. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf. Accedido en: 20 ago. 2019.

VÁZQUEZ, María Luisa; VARGAS, Ingrid; ALLER, Marta-beatriz. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, v. 28, p.142-146, jun. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.012>

VELASCO, César; VINASCO, Ana Maria; TRILLA, Antoni. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Atención Primaria*, v. 48, n. 3, p.149-158, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>.

VIVAR, XLM. **Evaluación de la satisfacción con el sistema de atención de salud de hombres y mujeres migrantes provenientes de Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia y Brasil que habitan en la región metropolitana** [tesis]. Santiago: Escuela de Salud Pública: Universidad Mayor; 2011.

WOLFF, Hans *et al.* Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, London, 2008. Disponible en: www.biomedcentral.com/1471-2458/8/93. Accedido en: 20 ago. 2019.

ZHEN-DUAN, J.; JACQUEZ, F.; VAUGHN, L. Características demográficas asociadas con barreras a la atención médica entre inmigrantes mexicanos y guatemaltecos en un área de destino no tradicional. *Family & Community Health*, v. 40, n. 2, p. 101-111, Apr-Jun 2017.

APENDICES

APENDICE A - CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACION INVESTIGACION CIENTIFICA

Estimada, usted está siendo invitada a participar de la investigación denominada: **“MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD”** conducida por las Enfermeras Mackarena Antilef Ojeda, estudiante de postgrado de magíster en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil en asociación con la Universidad de Magallanes, Chile quien ejecutara la investigación y la Dra. Evangelia Kotzias Atherino Dos Santos, académico de la Universidad Federal de Santa Catarina quien guiará la investigación como experta.

Durante el transcurso de toda la investigación su identidad será protegida, debido a que se le asignará un código por lo que no se utilizará su nombre, su participación es voluntaria y puedo retirarse de esta investigación en cualquier momento. La información que Ud. Provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación sin su consentimiento, así mismo Ud. escuchara relatos de terceros para lo cual se solicita absoluta discreción, por lo que este consentimiento también contempla un acuerdo de confidencialidad. (APENDICE D)

Con su participación permitirá conocer cómo es el acceso a la salud desde su experiencia de inmigrantes, lo que contribuirá a poder mejorar estas condiciones desde la perspectiva salud, de manera directa podría recibir beneficios que tienen que ver con fortalecer redes de apoyo, aumentar el conocimiento de cómo opera la red de salud en Punta Arenas y de manera indirecta hará una valiosa contribución que permitirá que este estudio quede como referente para las autoridades y el colectivo experto en el tema para poder abordar problemáticas de acceso a la salud y también poder tomar decisiones de salud pública en este tema.

Si Ud. acepta colaborar en este estudio, se le pedirá acceder a participar en grupos de enfoque (Grupos de discusión, entrevistas grupales) con una duración máxima de 60 minutos por sesión, para esta sesión se solicita su autorización para grabar en audiovisual (video + audio) durante toda la sesión (APENDICE C). Durante su participación Ud., puede realizar

las preguntas que estime conveniente. Además, es libre de no contestar si alguna pregunta le parece incómodo o inapropiada y tiene el derecho de hacérselo saber al investigador.

Su participación no implica costos de ningún tipo para Ud. Ni tampoco pago económico por su participación. El único riesgo al que podría estar sometida es recordar alguna mala vivencia en el acceso a la salud en la región, así mismo escuchar de alguna otra participante y esto provoque en Ud. cierta incomodidad, de ocurrir se procederá de inmediato a realizar una intervención de la situación, la que estará a cargo de una enfermera la que estará presente en la sesión y la ayudará a disminuir esta incomodidad, de ser un problema que amerite un tratamiento por profesionales especialistas en salud mental u otras derivaciones estas se realizarán a los CESFAM de la comuna.

Si desea mayor información sobre esta investigación puede comunicarse con la investigadora Mackarena Antilef Ojeda al teléfono 9 61429541 o al mail: m.antilef.ojeda@gmail.com o con la investigadora Dra. Evangelia Kotzias Atherino Dos Santos al mail: evanguelia.ufsc@gmail.com.

Este consentimiento cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes, que puede contactar en Avenida Bulnes 01890, ciudad de Punta Arenas, también al teléfono: +5661 2 09 397 y al email: dir.investigacion@umag.cl, siendo presidido por la Dra. Elide M. Alarcón.

Luego de finalizado el estudio y obtener los resultados de este se realizará un resumen el que se remitirá a su correo si así lo solicita.

Yo, declaro haber recibido la información pertinente en relación a la investigación y aclaradas todas mis dudas, además tengo conocimiento de que puedo retirarme del estudio en cualquier momento y que se mantendrá la confidencialidad en todo momento de la investigación.

Desde ya muchas gracias por participar de esta investigación.

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

Este documento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del investigador y el otro del participante.

Punta Arenas, _____ de _____ de 2019.



REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento declaro la revocación del consentimiento informado firmado el día: _____, en el que consentí la realización del estudio denominado: **“MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD”**

Nombre del participante _____

Cédula del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Este documento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del investigador y el otro del participante.

APENDICE B - GUÍA DE PREGUNTAS PARA EL FOCUS GROUP

Sesión 1

OBJETIVO:	Definir salud
Para Ud. ¿Qué es salud? ¿Qué aspectos, factores u otro interfiere su salud?	

OBJETIVO:	Identificar conocimientos sobre ley en salud
¿Existen leyes en Chile que protejan la salud de los migrantes? ¿Siente que su salud/su acceso a la salud está protegida? ¿Cómo cree que el estado de Chile protege su salud?	

Sesión 2

OBJETIVO:	Conocer acceso a la salud
¿Cómo solicitan hora a un médico? ¿Si está enfermo cómo lo trata? ¿Cuál es su opinión del sistema de salud en Punta Arenas?	

OBJETIVO:	Conocer acceso a la salud
¿Es cara la salud en la ciudad? ¿Tiene algún CESFAM o hospital cerca? ¿Le resulta difícil o muy diferente la atención que ha recibido en la ciudad? ¿Confía en los servicios de salud y profesionales? ¿Ha tenido dificultades para recibir atención de salud?	

APENDICE C - AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN AUDIOVIDEO



AUTORIZACIÓN PARA GRABACION CONTENIDO AUDIOVISUAL

Yo, _____ RUT o Pasaporte N° _____, doy mi autorización a las investigadoras, para el uso de las sesiones filmadas en video o grabaciones de voz de mi persona.

Entiendo que el uso de mi imagen o voz tiene como único fin el poder recolectar la información para la investigación de la cual soy partícipe y el posterior análisis de esta información para poder obtener los resultados que lleven a la finalización de esta investigación.

Las investigadoras declaran que no se utilizará para ningún otro propósito que el mencionado y serán ellas las únicas que reproducirán estas grabaciones y no se realizarán copias de ningún archivo que emane de la recolección de información. Además, al finalizar la investigación estos videos y audios serán eliminados.

Además, durante la grabación de cualquiera de los formatos, Ud. Podrá solicitar que se para de grabar, si así Ud. lo desea.

Este documento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del investigador y el otro del participante.

Punta Arenas, _____ de _____ de 2018

APENDICE D - ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, como participante de la investigación denominada **“MUJERES INMIGRANTES: EXPERIENCIAS EN EL ACCESO A LA SALUD”** *que tiene como objetivo: “Comprender la experiencia de las mujeres inmigrantes sobre el acceso a la salud en la ciudad de Punta Arenas.”* Y para lo cual se necesitará compartir el relato de situaciones vividas y esto puede traer recordar alguna mala vivencia en el acceso a la salud en la región, además de escuchar alguna de otra participante y al ser situaciones tan íntimas de la vida personal de cada una de las participantes es que se hace necesario solicitar mantener en estricta confidencialidad toda información que se exponga durante los grupos de enfoque.

Al firmar me comprometo a mantener estricta confidencialidad sobre lo observado y escuchado durante las sesiones (grupo de enfoque) que deriven de esta investigación.

Nombre: _____

RUT o Pasaporte N° _____

Firma: _____

Este documento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del investigador y el otro del participante.

Punta Arenas, _____ de _____ de 2018

APENDICE E - DATOS SOCIODEMIGRÁFICOS



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Folio: _____

Junto con saludarle, solicito por favor completar estos datos para poder complementar la investigación en la que se encuentra participando, cada uno de estos datos será confidencial y no requiere de su nombre.

Edad		
Escolaridad		
Ocupación actual		
Nacionalidad		
Años de residencia en Punta Arenas		
Años de residencia en Chile		
Con quien vive	Sola	
	Pareja / cónyuge	
	Hijos	
	Madre y/o padre	
Situación civil		

Muchas gracias... por su valioso aporte...

ANEXOS

ANEXO A - CARTA APROBACIÓN COMITE DE ETICA



Comité de Ética Científico
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Universidad de Magallanes

Punta Arenas, octubre 29 de 2018.

CERTIFICADO N° 060/CEC/2018

Nombre del Proyecto: "Mujeres inmigrantes: experiencia en el acceso a la salud"

Investigador Responsable : Evangelia Kotzias Atherino Dos Santos

Co investigador : Mackarena Antilef Ojeda

Institución solicitante : Universidad de Magallanes
Universidad Federal de Santa Catarina

De nuestra consideración:

Habiéndose constituido el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes y una vez revisado el proyecto "**Mujeres inmigrantes: experiencia en el acceso a la salud**" se verifica que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo del respeto y de la dignidad de los probandos, es por ello que este Comité **APRUEBA** el proyecto de investigación.

Dra. Mariela Alarcón Bustos
Presidenta
Comité de Ética Científico
Universidad de Magallanes

MAB/cjp
c.c.: archivo