

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Spring 2024

# Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes: Desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud

Vanessa Gutiérrez  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Health Services Research Commons](#), [Inequality and Stratification Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Medicine and Health Commons](#), [Migration Studies Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

---

### Recommended Citation

Gutiérrez, Vanessa, "Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes: Desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud" (2024). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3811.

[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3811](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3811)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

*Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes:  
Desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*

Vanessa Gutiérrez

Mayo 2024

SIT Chile: Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad

Consejera de investigación: Paula Sívorí Juica

Director Académico: Daniel Poblete PhD

Scripps College, Biology

## **Abstract**

For the past few years, Chile has developed laws and programs, such as the Program for Access to Healthcare for Immigrants, Decree N° 67, and recently Law N° 21.235, to improve the access that migrants have, however, there has been a failure to comply with these regulations. In this qualitative and descriptive investigation, the main objective is to find out how accessible, adequate, and effective the health resources offered by clinics are for migrant women. In order to carry out the investigation, eight semi-structured interviews were held with five primary healthcare workers who frequently work with the migrant population and three migrant women. Despite the changes that have been made at the municipal level to improve the access and quality of the resources for migrants, the results of the investigation showcase that there is still more that needs to be done. The majority of the interviewees thought the resources that the health clinics offer are not adequate, sufficient, or effective. It was also revealed that migration status of migrant women can facilitate or impede her ability to access healthcare services, as it impacts the job she gets, her income, her housing situation, and the access she has to information. To be able to resolve or improve the access to healthcare resources, based on what the interviewees mentioned, there has to be a betterment of the quality and speed of medical attention in the clinics and the distributions of resources at the municipal level. These results demonstrate that in order to resolve these issues of the resources accessibility, adequacy, and effectiveness, the collaboration between locals, healthcare workers, and the municipality is essential. Additionally, observing the great impact that the social determinants have for that access that migrant women have indicates that the ability to resolve these issues found in the healthcare system, implies the need to solve issues in other Chilean systems.

*Keywords: migrant women, social determinants of health, accessibility, healthcare system*

## Resumen

En los últimos años en Chile se ha visto el desarrollo de leyes y programas para mejorar el acceso que los migrantes tienen como El Programa de Acceso a la Atención de la Salud a Personas Migrantes, el Decreto N° 67, y recientemente la Ley N° 21.235, pero se ha visto el incumplimiento de las normativas. En esta investigación cualitativa y descriptiva, el objetivo principal es averiguar cuán accesibles, adecuados, y efectivos son los recursos sanitarios ofrecidos por los centros de salud para mujeres migrantes. Para poder realizar la investigación, se llevaron a cabo ocho entrevistas semi-estructuradas con cinco trabajadores de salud de Atención Primaria de Salud quienes trabajan frecuentemente con población migrante y tres mujeres migrantes contactadas a través del Servicio Jesuita Migrantes. A pesar de los cambios hechos a nivel municipal para mejorar el acceso y la calidad de los recursos para migrantes, los resultados de esta investigación demuestran que todavía son insuficientes. La mayoría de los entrevistadas(os) pensaron que los recursos que ofrecen los centros de salud son inadecuados, insuficientes o inefectivos. Además, se reveló que la situación migratoria de una mujer migrante impacta en la facilidad o dificultad que puede tener para acceder a los servicios sanitarios, ya que la regularidad migratoria puede impactar el trabajo que obtenga, los ingresos, la vivienda y el acceso a información que tiene. Con el fin de poder resolver o mejorar el acceso a los recursos, basado en lo que los entrevistadas(os) mencionaron, se necesita mejorar la calidad y rapidez de atención médica en los centros de salud y la distribución de recursos a nivel municipal. Estos resultados sugieren que para resolver problemas de accesibilidad, adecuación, y efectividad de los recursos, la colaboración entre las personas locales, los trabajadores de salud, y el municipio es esencial. Además, observando el gran impacto que tienen los determinantes sociales para el acceso de las mujeres migrantes indica que el poder de resolver los problemas en el sistema de salud, implica solucionar problemas en otros sistemas en Chile.

*Palabras claves: mujeres migrantes, determinantes sociales, accesibilidad, sistema de salud*

## **Reconocimientos**

Antes de empezar mi viaje a Chile, estaba nerviosa y ansiosa por lo que me esperaba. Estos últimos meses en el programa han sido una maravilla y lleno de experiencias nuevas. Por eso quiero empezar a agradecer al equipo SIT: Lorena Sánchez, Carla Quizoa, y Norma Contreras. Gracias por el apoyo que me ofrecieron dentro y fuera de las clases del programa, también por acompañarnos a las excursiones, ya que sus presencias eran esenciales en las experiencias. También quiero agradecer al Director del Programa, Daniel Poblete, por el tiempo que ha puesto en nosotros(as), por asegurarse que todo nos está yendo bien durante el programa. Adicionalmente, quiero agradecer a mis compañeros del programa por hacer esta experiencia única y por el apoyo que me han dado durante mi estadía.

También quiero dar gracias a mi madre anfitriona, Daisy Gonzalez, y Cristina por hacer mi tiempo en Arica una excelente experiencia. Abrieron sus puertas y me aceptaron con mucho cariño. Siempre voy a apreciar los momentos que compartí con ustedes como el intercambio de la comida mexicana y la comida chilena, el amor por la música, y más.

Para mi proyecto de investigación, quiero dar muchísimas gracias a mi consejera Paula Sívori. Su apoyo, consejo, y tiempo que ha puesto para ayudarme en mi proyecto fueron increíblemente esenciales. Por su ayuda pude tener una mejor dirección de cómo hacer mi investigación y me dio diferentes perspectivas de cómo analizar los resultados. También quiero dar muchas gracias a las mujeres migrantes y funcionarios(as) de salud, que tomaron tiempo en su día para conversar conmigo, una extranjera, sobre sus experiencias. Además, quiero agradecer a Daniel Poblete y Dayana Mares por ayudarme a conseguir las entrevistas. Finalmente, quiero agradecer a mi familia por su apoyo a pesar de haber 5.614 millas de distancia entre nosotros.

## Índice

Introducción.....	6
Problema de Investigación, Objetivos y Justificación.....	7
Marcó Teórico .....	8
Metodología .....	16
Presentación de Resultados .....	18
Desarrollo de Análisis .....	27
Conclusiones .....	31
Recomendaciones .....	33
Limitaciones .....	34
Bibliografía y Fuentes Consultadas .....	35
Anexos.....	39

## **Introducción**

La migración es un tema que siempre ha estado presente en Chile con un aumento de migrantes en los últimos 10 años. Después de la discriminación que extranjeros enfrentaban (El Mostrador, 2014), el Estado desarrolló leyes y programas para que los migrantes puedan acceder a los recursos sanitarios sin discriminación, minimizando las brechas que enfrentan. Pero, a pesar de estas implementaciones, estudios han observado el incumplimiento de las normativas para migrantes irregulares (Concha y Mansilla, 2017, p. 507). Ser una mujer migrante, implica que hay varios factores que pueden dificultar o facilitar el acceso que tienen a la atención de salud. Además, en varios estudios se ha visto que las mujeres migrantes utilizan más los recursos de los centros de salud que los hombres. En esta investigación, mi objetivo principal es conocer si los recursos que los centros de salud ofrecen son adecuados, efectivos y accesibles y qué determinantes sociales dificultan o facilitan el acceso que tienen las mujeres migrantes.

Para poder investigar mi objetivo se realizó un estudio cualitativo con un alcance descriptivo, que incluye ocho entrevistas: 5 con trabajadores de salud y 3 con mujeres migrantes. Las entrevistas consistió de preguntas para indagar cómo cada uno piensa sobre la efectividad y accesibilidad de los recursos, cómo se difunden y cómo se informan sobre los recursos sanitarios, qué aspectos de la vida de las mujeres migrantes han obstaculizado el acceso a la salud, conocer las sugerencias de cambios que tienen las mujeres migrantes y trabajadores de salud y observar las diferencias y similitudes en los discursos de ambos grupos de entrevistadas(os).

Mediante las entrevistas, se pudo observar que los recursos que ofrecen los centros de salud son inaccesibles, inadecuados o inefectivos. Además, la accesibilidad se dificulta si la mujer es una migrante irregular, ya que esta situación migratoria puede afectar el trabajo que consigue, su nivel socioeconómico, y situación de vivienda. También el impacto de la irregularidad puede aumentar dependiendo de su nacionalidad y situación familiar. Adicionalmente, las sugerencias en general consisten en la cantidad y la distribución de recursos que ofrece el gobierno y el mejoramiento de la calidad y demora de la atención en los centros de salud. En conclusión, para poder combatir el problema de falta de recursos en que se encuentra el sistema de salud chileno, la colaboración y participación del gobierno y Estado, de los centros de salud y de las comunidades locales es necesaria. Paralelamente, se debe buscar soluciones a los problemas que enfrentan las mujeres migrantes, es decir otros sectores del Estado deben asumir los determinantes sociales que están fuera del sistema sanitario (trabajo, vivienda, educación, regularización migratoria, ayudas sociales o humanitarias, otros).

## **Problema de Investigación, Objetivos y Justificación**

### **1. Problema de Investigación**

En los centros de salud en Chile hay programas, como el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, que están dedicados a informar y ayudar a que los inmigrantes tengan acceso a los servicios de salud. Se ha visto que hay incumplimiento en las normativas en los centros de salud. Además, las mujeres migrantes son quienes usan estos recursos frecuentemente. Sabiendo estas dos cosas espero averiguar ¿Cuán accesibles y efectivos son estos recursos de salud para las mujeres inmigrantes en Arica?

### **2. Objetivos**

#### **a. Objetivo General**

1. Conocer si los recursos que los centros médicos tienen para los migrantes son suficientes y adecuados para facilitar el acceso a la atención de salud de las mujeres migrantes.

#### **b. Objetivos Específicos**

1. Describir las formas en que los centros médicos difunden sus recursos a las mujeres migrantes en Arica.
2. Comparar cómo la accesibilidad de estos recursos son considerados por los trabajadores de salud y las usuarias de estos recursos.
3. Identificar qué determinantes sociales afectan la accesibilidad a servicios de salud para la mujer migrante.
4. Sugerir estrategias para que los servicios sanitarios sean más accesibles para la mujer migrante desde la perspectiva de las mujeres migrantes y de los trabajadores de salud.

### **3. Justificación**

Vivir en Chile como una mujer migrante (MM) implica que puede enfrentar racismo, xenofobia, sexismo, y si es de bajos recursos, también el clasismo de los chilenos y del sistema de salud. Esto puede causar que el acceso a servicios sanitarios para las MM se dificulte ya que hay varias barreras que tiene que enfrentar y superar para tener los mismos beneficios que un chileno. Para mí es importante aprender y escuchar las perspectivas de las mujeres inmigrantes. Además, si tengo los recursos y tiempo, me gustaría conocer cómo es el tema de la xenofobia en la población chilena, incluyendo los trabajadores de salud, y cómo influye en el acceso de las MM a los servicios sanitarios, puesto que ellas pueden enfrentar mucha discriminación.

En Chile, los migrantes, regulares e irregulares, pueden acceder a servicios de salud públicos (Ministerio de Salud, 2019). Pero, se ha visto el “incumplimiento de la normativa y el ejercicio del criterio personal discrecional como barreras en el acceso.” (Concha y Mansilla, 2017, p. 507). A pesar de que hay incumplimientos en las normativas en algunos centros de salud, Chepo et. al. (2019), observó que muchos migrantes han estado muy satisfechos y satisfechos con los servicios que les han dado los centros médicos. Con las diferentes circunstancias del trato de los migrantes en el sistema de salud, mi objetivo es investigar cuán efectivos y adecuados son los recursos dedicados a la población migrante, como El Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, específicamente para las mujeres migrantes en Arica, Chile. Quiero investigar en Arica ya que es una región bifronteriza y en varias estadísticas se observa una alta concentración de población migrante en el norte.

Mi estudio beneficiará a las MM y los centros médicos, dado que voy a obtener las opiniones de las usuarias sobre la efectividad de los recursos. En otros términos, quiero aprender de ellas si los recursos que están disponibles son suficientes y si estos programas que están hechos para disminuir las brechas para acceder a los servicios de salud las están ayudando. Con esta información espero que los centros de salud puedan analizar si los recursos que ofrecen son adecuados y accesibles como ellos piensan (o no piensan) y hacer cambios necesarios para mejorar los servicios.

## **Marco Teórico**

### **Datos Demográficos de la Población Migrante**

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), ser migrante es una persona “que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente (...).” La migración es un tema que ha estado presente en Chile por décadas, pero entre 2006 y 2020 se ha visto un aumento de 5,2%, con un crecimiento significativo entre 2015 y 2020 de 3,5%. Hoy en día, 8% de la población son migrantes (CASEN, 2020).

Basado en el Instituto Nacional de Estadísticas (2022), entre la población inmigrante, las nacionalidades con mayor presencia son Venezuela (32,8%), Perú (15,4%), Colombia (11,7%), Haití (11,4%), y Bolivia (9,1%). Además, de los 1.625.074 migrantes en Chile, 49,2% son mujeres y 50,8% son hombres.

Debido a que las regiones del norte de Chile son bifronterizas, concentran mayor población migrante: 14,2% en Tarapacá, 12,4% en Antofagasta, y 9,4% en Arica y Parinacota (CASEN, 2020). Cabe destacar que, dependiendo de la región, norte, centro o sur, existe una diferencia respecto a las nacionalidades, en el norte de Chile, la mayor parte de la población migrante proviene de Bolivia

(40,4%), Perú (19,8%), Colombia (15,8%), y Venezuela (12,3%) (CASEN, 2020), mientras que en el centro y sur del país lidera Venezuela.

Ahora, con respecto a los migrantes, hay dos situaciones migratorias en que las personas pueden estar: situación regular o situación irregular. De acuerdo a la OIM la migración irregular son “personas que se desplazan al margen de las normas de los países de origen, de tránsito o de acogida.” Entonces para que un migrante sea considerado irregular pudo haber entrado al país sin cruzar la frontera oficial, pudiera haber entrado con una visa quedándose después de la fecha de expiración, o de otras maneras (OIM, 2022). De hecho, en 2019, basado en estadísticas de autodenuncias, ingresaron a Chile 7.958 personas por un paso no habilitado y durante la pandemia este tipo de ingreso se incrementó de manera significativa a 54.251 y 50.450 en 2021 y 2022 respectivamente, con mayor número de migrantes irregulares en el norte de Chile (Servicio Nacional de Migraciones, 2023, p. 57). Debido a que no todos los migrantes que ingresaron por paso no habilitado se autodenuncian o por desconocimiento de cuántas personas tienen sus visas vencidas es probable que este número sea más alto.

### **Situación de Salud de la Población Migrante**

Comparado a los chilenos, los migrantes utilizan menos los servicios sanitarios. Mientras los egresos hospitalarios en 2023, de los chilenos eran 1.544.273, para los migrantes solamente fueron 67.994 egresos hospitalarios (DEIS MINSAL, 2023). De los egresos hospitalarios de extranjeros en 2022, 76,7% eran mujeres y 23,3% eran hombres, con la mayoría usando Fonasa (80,6%), y solo un pequeño porcentaje utilizando ISAPRES (8,9%), y cabe destacar que un 7,4% no tiene ningún sistema previsional de salud. Comparado a los chilenos el 57% eran mujeres y 43,0% hombres, el 74,9% adscrito a FONASA, 18,9% a ISAPRES y solo el 1,1% no cuenta con un sistema previsional de salud. Aunque el porcentaje del uso de Fonasa es similar entre los chilenos y los migrantes, el porcentaje de personas quienes no tienen ningún sistema previsional de salud es más evidente entre la población migrante que en la población chilena (Servicio Jesuita a Migrantes, 2022, p. 13).

Algo que llama la atención son las causas de diagnóstico más comunes en la población migrante siendo de embarazo, parto, y puerperio (46,7%), traumatismos, envenenamientos, y causas externas (9,5%) y, en tercer lugar, enfermedades del sistema digestivo (9,3%) (DEIS MINSAL, 2023). Al contrario, para los chilenos la principal causa de hospitalización es por el sistema digestivo (14,1%), embarazo, parto, y puerperio (12,6%) y enfermedades del sistema respiratorio (10,1%). Con estas estadísticas, se observa que las personas migrantes que más usan los servicios de salud son las mujeres gestantes y madres.

Además de las estadísticas sobre egresos hospitalarios y número de migrantes sin un sistema previsional de salud, hay más estadísticas que demuestran las inequidades en el acceso que tienen los

migrantes. Por ejemplo, en 2021, 788.036 extranjeros recibieron al menos una dosis (7% de vacunados con al menos una dosis) y 436.363 (5,1%) de migrantes representaban el esquema completo de la vacunación enseñando la “subrepresentación en el acceso al proceso de vacunación” (Servicio Jesuita a Migrantes, 2022, p.8). Otro ejemplo es que comparado a los chilenos, los “migrantes mostraron mayor tendencia a resultados no exitosos de tratamiento, muerte, y TB resistente a medicamentos (...)” (Acuña et. al, 2019, p. 30). Tomando todas estas estadísticas en cuenta, es evidente que hay factores que obstaculizan que los migrantes regulares e irregulares utilicen los servicios de salud en el mismo nivel que los chilenos.

### **Determinantes Sociales de la salud que afectan a los Migrantes**

Ser un migrante en Chile es pertenecer a un grupo minoritario que enfrenta brechas al acceder a servicios sanitarios. Estas brechas pueden ser aumentadas por los determinantes sociales de la salud que son “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen...” (Fonasa, 2017, p. 31). Ejemplos de algunos determinantes incluyen nivel socioeconómico, situación geográfica, género, la pertenencia a pueblos indígenas, educación, ocupación y los servicios de salud, entre otros.

#### **i. Nivel Socioeconómico**

Uno de los determinantes sociales que afecta a muchos en la comunidad migrante en Chile es su nivel socioeconómico. En 2020, 17% de inmigrantes en Chile estaban en situación de pobreza, comparado a 10,4% de chilenos (CASEN, 2020). Este gran porcentaje es consecuencia de “la poca calificación laboral, sueldos bajos, [y] trabajos esporádicos e informales (...)” (Ramírez-Santana et. al., 2019, p. 10). Trabajando en empleos informales también intensifica que los migrantes no acceden a atención médica por enfermedades (19%) en contraste a 10% de chilenos (Servicio Jesuita a Migrantes, 2022, p. 23). Por la pobreza y sobrevivencia, los migrantes también son más susceptibles a la explotación y abuso laboral y sexual (Zamora Valdes, 2009, p. 73 y Acuña et. al., 2019, p. 29).

Siendo de bajos ingresos puede resultar que la vivienda de los migrantes sea insegura. Por ejemplo, solamente 14,1% de inmigrantes viven en vivienda propia, a diferencia del 65,1% de los chilenos. Asimismo, 80% de la población migrante reside en una vivienda arrendada, al contraste del 19,2% de chilenos (CASEN, 2020) y 21,4% de migrantes viven en hacinamientos bajos en contraste al 6,7% de chilenos lo que puede resultar en malas condiciones de seguridad, dificultando su acceso a agua potable y condiciones sanitarias básicas (Fonasa, 2017). Vivir en situación de pobreza aumenta la posibilidad de que los migrantes trabajen en lugares de bajos pagos e informales y que también vivan en hogares inseguros e insalubres, posiblemente resultando en que se enfermen más.

Como mencioné previamente, ser un migrante puede resultar que accede a los servicios de salud en menor frecuencia que un chileno, lo cual se intensifica cuando es de bajos ingresos. Por ejemplo, basado en el Servicio Jesuita a Migrantes (2022), un migrante de menores ingresos y vive en el norte de Chile, incrementa la probabilidad de no estar cubierto por una previsión de salud resultando en que se enfrentan a “gastos imprevistos,” disminuyendo la probabilidad que el migrante busque ayuda sanitaria. También puede causar que consulten muy tarde o solamente durante un tiempo de urgencia (Acuña et. al, 2019, p. 36, como se citó en Cabieses et al., 2017b). Además el Servicio Jesuita a Migrantes (2022), reportó que durante la pandemia muchos migrantes (20%) no pudieron asistir al sistema de salud por barreras de tiempo, dinero, o distancia, en contraste al 8% de chilenos. Como se observa, unas de las barreras que afecta a los migrantes en Chile y su acceso a servicios de salud es su nivel socioeconómico.

## **ii. Condiciones Migratorias**

Al ser migrante, también hay condiciones migratorias que puedan añadir barreras como su situación migratoria y tiempo de estadía en Chile. Por ejemplo, comparando migrantes regulares con migrantes irregulares estos últimos se enfrentan con grandes limitaciones para acceder a servicios de diagnósticos y tratamientos. La diferencia entre ambas puede ser resultado de la percepción de algunos trabajadores de salud quienes lo ven como “una carga al sistema” y “pacientes ilegítimos.” (Acuña et. al, 2019, p. 27 y Concha y Mansilla, 2017, p.517). El texto de Acuña et. al (2019) también dice que los migrantes regulares pueden acceder a diagnóstico y tratamientos con más facilidad que los migrantes en situación irregular (27). Otra razón para explicar las brechas entre migrantes regulares e irregulares puede ser por el temor de acceder a los servicios ya que muchos migrantes irregulares piensan que los centros médicos pueden dar sus datos a los carabineros o PDI. También puede ser por la desinformación sobre el proceso de acceder a los servicios sanitarios (Servicio Jesuita a Migrantes, 2022, pg. 7). Un ejemplo sobre la discriminación que migrantes irregulares enfrentan son las “situaciones [que trabajadores de SJM en Arica han visto] en que Fonasa (...) ha rechazado la adscripción de personas irregulares -por medio de un número de identificación provisorio (NIP)- y que no tienen con qué acreditar residencia (...)” (p. 6). Basado en esta información, es evidente que la situación migratoria es un factor que afecta cuán accesible son los servicios . También el tiempo de estadía de la persona migrante afecta su salud. En los estudios hechos por el Servicio Jesuita a Migrantes (2022), enseñan que los migrantes que han estado en Chile por menos de 5 años, se atendieron en un centro de salud 4% menos que migrantes que han estado en el país por más de 5 años (p. 24).

### **iii. Nacionalidad del Migrante**

Como sabemos las personas migrantes no son todas iguales, al contrario, hay una diversidad en sus identidades. Por desgracia, las intersecciones de las identidades resultan en varios tipos de discriminación y más barreras que tienen que enfrentar. Además, de ser un migrante irregular, ser un migrante latinoamericano viene con la posibilidad de ser discriminado: si sea por racismo y/o xenofobia. Según Javier Leiva (2017), en Chile no se convive bien con “culturas que no sean europeas o estadounidenses” (p. 44). Esto está apoyado por Isabel Zamora Valdés (2009) quien entrevistó a muchas mujeres inmigrantes en las cuales muchas peruanas, y sus hijos, han sido discriminadas en lugares públicos por chilenos o estudiantes en las escuelas.<sup>1</sup> También hay mitos como que los migrantes traen enfermedades infecciosas como TB, VIH, o SIDA, que resulta en un mito falso ya que “la presencia de TB en la población nacida en el extranjero no tiene influencia significativa sobre la TB en la población local” (Acuña et. al, 2019, p 28, como se citó en Sandgren et. al., 2014). Similarmente, los estudios de SJM en el Informe Casen y Migración (2022), notaron que las nacionalidades que tenían “...menos acceso a consultas fueron las personas migrantes provenientes de Ecuador y Colombia en los cuales un 14% no accedió, y un 11% no lo hizo debido a barreras” a diferencia a los migrantes europeos y norteamericanos quienes tenían similar porcentaje de 10% sin previsión, pero más usuarios en Isapres (p. 16).

### **iv. Género**

Luego, para añadir otra capa en las identidades, el género es una de las determinantes sociales que afecta el acceso que una persona tiene a la salud. Ser mujer en Chile, significan grandes desigualdades en el trato que le da la sociedad influido por los roles y estereotipos de género que ponen a las mujeres en desventaja frente a los hombres (Perez et. al, 2017, p. 83). Estos roles y estereotipos podría haber afectado las decisiones que el gobierno ha tomado sobre los derechos de la mujer ya que es posible que sus prejuicios tuvieran influencia sobre lo que ellos piensan que una mujer es o no es capaz de hacer, resultando en las diferencias salariales entre hombres y mujeres y violaciones de los derechos reproductivos de mujeres y gestantes (Perez et. al, 2017, p. 86).

Además, hay otros factores dentro de ser mujer que pueden añadir más barreras, como por ejemplo “si son madres, si tienen pareja, el nivel educacional y la posición económica de su pareja, etc.” (Valdés, 2009, p.74). Si es madre, por los roles de género, puede tener más responsabilidad sobre la salud y el cuidado de los hijos/as/es que el hombre. Ahora, si la mujer tiene pareja y es dependiente de la persona, puede ser más difícil que ella se escape de la relación si está enfrentando violencia doméstica.

---

<sup>1</sup> Además, estando en Chile por los últimos dos meses he escuchado comentarios xenófobos sobre los venezolanos de que son “criminales” y que Arica se ha hecho más insegura por ellos

Luego, en relación con la mujer y la salud, comparado a los hombres, algunos estudios hechos por el Ministerio de Salud (s.f.) han visto que algunas enfermedades son más prevalentes en las mujeres comparado a los hombres, en particular, enfermedades endocrinas, deficiencias nutricionales, y enfermedades genitourinarias. Como observamos, ser una mujer en Chile, y en el mundo, resulta en que la mujer se enfrenta con discriminación, sexismo, y desigualdad en su vida diaria afectando su acceso a salud y finalmente sus condiciones de salud.

#### **v. Ser una Mujer Migrante**

Los párrafos anteriores han analizado los diferentes determinantes sociales que afectan el acceso que una persona tiene a recursos sanitarios y las maneras en que dificultan la accesibilidad de los recursos. Ahora, ¿cómo es el acceso a la salud para una persona que tiene una intersección de vulnerabilidades como pobreza o malas condiciones de la vivienda, como puede ser el caso de la mujer migrante irregular? Ella “[se] hace objeto de peligros de su identidad (...) violencia simbólica, física, psicológica, y económica (...) con la desprotección (...) de redes sociales de apoyo (...)” (Zamora-Valdés, 2009, p. 7).

En cuanto a la seguridad de trabajo de la mujer migrante, puede ser difícil para ella ya que “(...) hay una oferta laboral mucho más amplia para los hombres que para las mujeres.” (Leiva, 2017, p. 48). Muchos de los trabajos que las mujeres migrantes realizan son “como asesoras del hogar, labores de limpieza, siendo además parte de circuitos globales de subsistencia, lo que también se visibiliza en las estadísticas nacionales” (Fonasa, 2017, p. 35). Con estos trabajos puede crear situaciones inseguras e ingresos insuficientes, y tal como vimos en la sección “Nivel Socioeconómico” puede afectar la frecuencia con la que la mujer migrante irregular se atiende en los centros de salud. Por ejemplo, se ha visto en varios artículos que las mujeres migrantes embarazadas buscan ayuda para controles de embarazo mucho más tarde que las chilenas (Acuna et. al, 2019, como se citó en Cabieses et al., 2017a y Alarcon, 2017, p. 5). Adicionalmente, el tema de salud que es más relevante en las mujeres migrantes irregulares es “la salud materna y perinatal [que] ha adquirido alta relevancia” para las mujeres inmigrantes (Contreras et al. en el Instituto Nacional de Estadísticas 2017, p. 18). Esto enseña y apoya lo que fue dicho en la sección anterior, donde ser madre agrega más responsabilidades para la mujer migrante como cuidar a sus hijos nacidos o no nacidos. Como dice Fonasa (2017), “se espera de ellas que privilegien el interés familiar por sobre el propio” y también que “trabajarán esforzadamente, aceptarán peores condiciones de vida y remesarán una más alta proporción de sus ingresos” y plantea que las mujeres migrantes “sufren muchas veces el estereotipo de la mujer sacrificada en pos de la familia.” (p. 33)

Ahora, en términos de las estadísticas de salud de la mujer migrante irregular, Contreras et. al. (2021) notó que el bajo peso materno, el ingreso tardío a atención prenatal, y la posibilidad de poseer VIH eran más altos en gestantes inmigrantes irregulares (p. 21), enseñando las desigualdades que las mujeres migrantes irregulares enfrentan en comparación a las mujeres migrantes regulares.

## **vi. Servicios de Salud**

Además, de la situación económica, social, migratoria, y familiar, los trabajadores de salud tienen una gran responsabilidad de promover e implementar los derechos de salud para todos, incluyendo las personas migrantes. Ellos tienen un gran rol ya que “pueden influenciar positiva o negativamente en la experiencia de uso del sistema de salud por parte del migrante internacional” (Acuña et. al, 2019, p. 55, como se citó en Fang, Sixsmith, Lawthim, Mountain, & Shahrin). Por ejemplo, algunas mujeres migrantes han tenido experiencias negativas en el Hospital, pero experiencias positivas en los centros de salud (Valdés, 2009, p 103). En otro estudio (Chepo et. al., 2019, p. 5-6), muchos migrantes estaban muy satisfechos y satisfechos con el espacio físico, el tiempo de la atención, la comunicación y el lenguaje profesional, las preguntas realizadas, el trato profesional, y la limpieza e higiene del lugar.”

## **Derechos a la salud de las personas migrantes**

La salud es un derecho humano reconocido en los principales tratados internacionales ratificados por Chile como la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948)<sup>2</sup> que en su artículo 25 párrafo 1 afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Del mismo modo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966)<sup>3</sup> en su artículo 12 señala que “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (...)”. Con el fin de entregar lineamientos a los Estados para garantizar el derecho a la salud el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de Naciones Unidas publicó el año 2000 la Observación General N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En este instrumento se establecen los estándares sobre la “disponibilidad” de los servicios de salud y los centros de salud, de la “accesibilidad” de los recursos en maneras físicas y económicas y de la

---

<sup>2</sup> <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

<sup>3</sup> <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

información sobre los derechos del usuario sin discriminación, la “aceptabilidad” de la ética médica y la cultura de los usuarios, y la “calidad” de los recursos y servicios ofrecidos.

Por su parte en Chile la Constitución Política en el artículo 19 N°9 reconoce que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.” En otras palabras, cualquier persona que vive en Chile tiene el derecho a acceder a servicios sanitarios. Pero no más porque las leyes están hechas no significa que todos las respetan. En 2014, hubo dos casos donde migrantes bolivianas enfrentaron injusticias en el sistema de salud chileno. Una señora boliviana fue retenida en el Hospital de Arica Juan Noe Crevani por cinco días después de su parto para que pagara el servicio médico que ella recibió, además, tampoco le dieron el Certificado de Parto de su niño (El Mostrador, 2014a). También en el Hospital de Arica una guagua boliviana, quien tenía un cuadro diarreico, murió después que se le negó la atención médica en el Hospital porque sus padres fueron cobrados 30 mil pesos. Esto resultó en que fueran trasladados del hospital a una posta en Azapa. El guagua terminó falleciendo durante el traslado de la Posta de Salud Rural Sobraya al Posta de San Miguel (El Mostrador, 2014b).

Después de esto, el Ministerio de Salud implementó varias acciones con el fin de disminuir las barreras de acceso a salud de las personas migrantes. Se implementa un programa piloto en cinco comunas que da origen al Programa de Acceso a la Atención de la Salud a Personas Inmigrantes y que actualmente se implementa a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2019). Paralelamente, se promulgó el Decreto N°67 en 2016, que establece que los inmigrantes en situación irregular, quienes no tengan cédula de identidad chilena y son carentes de recursos, pueden ser beneficiarios de FONASA Tramo A y acceder a los servicios de salud gratuitamente. Del mismo modo, se diseñó y publicó la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud en 2018.

Recientemente en 2021, se promulgó la Ley N° 21.235, la Ley de Migración y Extranjería que reemplazó a la antigua legislación chilena en materia migratoria que era el Decreto Ley N° 1094 de 1975. La nueva Ley establece normas sobre la migración para regular el ingreso, la estadía la residencia, y el egreso de los extranjeros en una manera que proteja, respeta, promueve y garantiza los derechos humanos de los migrantes, sin importar si entran en una manera irregular. Las personas migrantes pueden ingresar al país de varias maneras: permanencia transitoria, residencia temporal, residencia definitiva, y nacionalidad. Además para las mujeres migrantes, la Ley N°21.235 menciona que el Estado debe de “respetar y proteger a la mujer extranjera para que no sea discriminada ni violentada en razón de su género.”

También la Ley de Migración y Extranjería en su artículo 15 reconoce el derecho al acceso a la salud “Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en

igualdad de condiciones que los nacionales. Todos los extranjeros estarán afectos a las acciones de salud establecidas en conformidad al Código Sanitario, en resguardo de la salud pública, al igual que los nacionales.”

Como notamos en la última década en Chile se ha visto la implementación de leyes, programas, y modificaciones de leyes anteriores para mejorar el acceso a salud de las personas migrantes sin importar su estado migratorio, nacionalidad, nivel socioeconómico, o género. Curiosamente, Concha y Mansilla (2017) han visto incumplimientos de normativas y trabajadores de SJM han visto situaciones en que migrantes irregulares han sido rechazados para adscribirse a un NIP (SJM, 2022, p.6). Además, las experiencias de migrantes regulares e irregulares han diferido con algunos satisfechos y otros no tanto. Con estas diferencias en experiencias y violaciones de derechos, en mi reporte, espero ver lo efectivo y adecuado que son los recursos en los centros de salud en las perspectivas de las mujeres migrantes y los trabajadores de salud y comparar las respuestas entre ambos.

## **Metodología**

### **Diseño del Estudio**

El tema de investigación es el acceso que las mujeres migrantes tienen al sistema de salud chileno y cuán adecuados y efectivos son los recursos ofrecidos. Este estudio fue realizado como una investigación cualitativa con un alcance descriptivo. La investigación consistió de ocho entrevistas con encargadas del Programa Migrantes, trabajadores sociales, y con mujeres migrantes. También la lectura de fuentes bibliográficas y el análisis de los resultados. Las entrevistas fueron programadas por el Director del programa de SIT, Daniel Poblete, y la Jefatura Regional de SJM en Arica, Dayana Mares Honorato.

### **Lugar del estudio**

El estudio se llevó a cabo en Arica, Chile donde hay una proyección de población de 257.163 habitantes en la comuna para 2024 y hay una población migrante de 9,4% la mayoría proveniente de Bolivia, Perú, Colombia, y Venezuela (CASEN, 2020). Las entrevistas fueron realizadas con 5 funcionarios de salud en los CESFAMs en Arica y con 3 mujeres migrantes en las dependencias de la ONG Servicio Jesuita Migrantes (SJM).

## **Población y muestra**

La población de interés son (1) trabajadores de salud en los CESFAMs, (2) los encargados del Programa Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes, y (3) mujeres migrantes que han utilizado los servicios .

Se utilizó el muestreo de conveniencia, intensivo, y de expertos con trabajadores de salud quienes tienen buen conocimiento sobre los problemas en el sistema de salud chileno para personas migrantes y tenían tiempo para ser entrevistadas(os). Además, con la Sra. Dayana de SJM, hicimos una muestra de participantes voluntarias donde entrevistamos a las mujeres migrantes regulares e irregulares que aceptaron ser entrevistadas.

## **Instrumento de recolección de información**

El instrumento de recolección de información fue la entrevista semi-estructurada donde pregunté 11 a 13 preguntas abiertas. Las entrevistas con los trabajadores de los CESFAMs duraron entre 30 a 40 minutos y con las mujeres migrantes fueron de 10 a 12 minutos. Las preguntas estaban hechas tomando en cuenta quién era el/la entrevistado/a, pero todos/as tenían temas similares que incluyen:

1. Los datos demográficos de la población migrante como situación migratoria, género, nacionalidad, y pertenencias a un pueblo originario
2. Los recursos que los centros de salud dan o que las mujeres utilizan y la frecuencia del uso.
3. La difusión de estos recursos o cómo las mujeres descubrieron los recursos a los que pueden acceder.
4. La accesibilidad, efectividad, y lo adecuado que son los recursos sanitarios ofrecidos.
5. Las determinantes sociales que piensan pueden afectar en cómo la mujer migrante utiliza el sistema de salud.
6. Barreras que los centros de salud están enfrentando para mejorar el acceso para las migrantes y las sugerencias que las mujeres migrantes tienen para que el sistema de salud chileno mejore.

## **Técnica de recolección de información**

Con el permiso de las entrevistadas, la entrevista fue grabada usando una aplicación que graba voces. Las entrevistas luego fueron transcritas por una aplicación donde escuche la entrevista para asegurarme que la transcripción estaba correcta. Se pueden encontrar las transcripciones en los Anexos E-K.

## **Aspectos éticos**

Antes de las entrevistas, me aseguré de informar a los entrevistadas (os) sobre el formulario de consentimiento donde expliqué un poco sobre mi proyecto y los aspectos de confidencialidad y privacidad. Además, como un estudiante del extranjero, específicamente de los Estados Unidos, durante las entrevistas era muy importante tener en mente mi posicionalidad como una investigadora extranjera, especialmente con las mujeres migrantes, ya que la tema de mi reporte y de las preguntas son temas delicados con personas que pueden estar en una situación vulnerable. Antes de las entrevistas, cuando les pregunte a las mujeres si quieren participar en mi proyecto lo decía con un tono neutral y si decían que no todavía les daba las gracias sin juzgar. También, le preguntaba a las mujeres si tienen preguntas sobre mi proyecto en cual les conteste. Luego, durante las entrevistas, cuando preguntaba a las mujeres las preguntas me fijaba en su lenguaje corporal, su tono de voz, y lo vago o detallada las respuestas eran para decidir si debería todavía conversar sobre la pregunta o cambiar el tema. En mis entrevistas quería solamente escuchar y aprender de las/os entrevistadas/os. Mi proyecto fue revisado y aprobado por el Institutional Review Board de SIT en Arica, Chile semanas antes de empezar.

## **Diseño de Análisis**

La información recopilada de las entrevistas fue analizada a través de una matriz donde categorice la información en temas generales, luego preguntas, y las posibles respuestas.

## **Presentación de Resultados**

### **Recursos Disponibles y Utilizados**

En las entrevistas todos los funcionarios de salud dijeron que las mujeres migrantes, sin importar su situación migratoria o nacionalidad, pueden acceder a todos los recursos de salud y con todos los funcionarios de salud al igual que los chilenos de una manera gratuita. Como dijo una entrevistada es como si ellas fueran otra chilena.

Algunos de los varios recursos que ofrecen son los programas de salud que tienen los centros. Por ejemplo, los programas Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, Programa de Salud de la Mujer, y más. Todos estos programas están hechos para disminuir las brechas que estas poblaciones enfrentan, para poder educar sobre los servicios de salud, e implementar una visión intercultural.

El programa para migrantes ayuda a que ellas se regularicen en el sistema de salud a través de conseguir un número provisorio para poder inscribirse a FONASA para que puedan acceder a la atención de salud. Típicamente, basado en las entrevistas, está hecho por trabajadores sociales y monitoras quienes les orientan y les dan ayuda durante todo el proceso. Además, hablan con las migrantes para conocer su

contexto social, familiar, y económico para aplicar instrumentos de valoración del riesgo familiar para identificar factores riesgos y protectores. Incluso pueden hacer denuncias por violencia intrafamiliar y cuando hay alguna vulneración de derechos.

Luego en el programa de la salud de la mujer ayudan con dar prestaciones del papanicolau, métodos y consejerías anticonceptivas, test rápido de VIH, y si es gestante se da prestaciones del control del embarazo. Para las embarazadas se hacen exámenes, como ecografías cada trimestre y en general se le entregan medicamentos preventivos como ácido fólico, hierro y vacunas. En el programa para la personas con pertenencia a un pueblo indígena, los CESFAMs tienen facilitadores interculturales que hablan Aymara quienes *“permite [a los usuarias indígenas] poder acercarse a las atenciones para aclarar dudas”* (Funcionaria de Salud 2) y médicos aymaras quienes practican medicina tradicional para atender la gente indígena y no indígena. Por ejemplo, cuentan con una partera aymara quien puede hacer charlas con las gestantes dentro del programa de la mujer y pueden acompañar a las mujeres durante un parto.

Con las entrevistas de las mujeres, todas ellas usaban los recursos de los centros de salud que estaban más relacionados con servicios para niños y niñas, de embarazo, o reproductivos. Casi nunca usaban los recursos para ellas mismas.

## **Barreras que Enfrentan las Mujeres Migrantes**

En las entrevistas con las mujeres migrantes y los funcionarios de salud ambos fueron preguntados sobre qué determinantes sociales afectan su acceso a los servicios de salud o qué determinantes consideran que afecta más a las mujeres migrantes.

### **i. Nivel Socioeconómico**

De las mujeres migrantes, solamente una mencionó que su nivel socioeconómico afectaba la frecuencia que se atendía en los centros de salud: *“Que a veces, solo, como yo soy madre soltera, a veces me alcanza solo para darles de comer a mis niños. En esa parte y no me alcanza mucho para comprar los medicamentos...”* (Mujer Migrante 1)

Entre los funcionarios de salud, dos de los cinco comentaron que el nivel socioeconómico afectaba el acceso que las mujeres migrantes tienen. Por ejemplo, una funcionaria de salud dijo que en el registro social de hogares, que estratifica a las familias según los porcentajes de vulnerabilidad socioeconómica que tiene el país, las mujeres migrantes están en un nivel bajo, aumentando si son una familia grande. Además, dos funcionarios de salud mencionaron que el transporte para las mujeres

migrantes dificulta el poder asistir a los centros de salud ya que *“...muchas mujeres vienen con sus hijos caminando para poder tener un control de salud... como no tienen los recursos económicos, no pueden tener movilización.”* (Funcionaria De Salud 3)

## **ii. Empleo y Condiciones laborales**

Aunque las mujeres migrantes no mencionaron que su empleo le perjudicaba su acceso a la salud, una mujer migrante mencionó que ella trabajaba en construcción en donde su trabajo le da un seguro con el que tiene cobertura de salud en el sistema privado.

Por su parte, dos de los funcionarios de salud pensaban que las condiciones laborales de la mujer migrante son una barrera:

*“...por lo general trabajan, pero trabajan de manera ilegal. Por lo tanto no tienen contrato, no tienen cotizaciones de salud, no tienen la previsión social. Y la mano de obra obviamente va a ser más barata. Entonces no tienen un ingreso mayor al promedio como de clase media (...)A veces sabemos que trabajan todo el día, no pueden venir en el horario en el que está operativo el CESFAM”* (Funcionaria de Salud 3)

*“Hay muchos que ingresan por paso irregular (...) Son trabajos en los cuales se reciben remuneraciones o pagos inferiores.”*(Funcionaria de Salud 2)

Basado en lo que los funcionarios de salud dijeron, las condiciones laborales de la mujer migrante también tiene que ver con la situación migratoria en que ellas están, si están en situación irregular es más probable que trabajen de manera informal en trabajos donde el pago es muy poco y las condiciones son precarias.

## **iv. Situación Migratoria y Nacionalidad**

Entre las mujeres migrantes, dos eran Peruanas y una era Boliviana. Las tres entraron al país por visa, pero una de ellas está en situación irregular por expiración de su visa. Dos de ellas han estado en Chile entre 1-3 años, mientras que la otra ha estado por ocho años. En el aspecto de la situación migratoria, ninguna de las mujeres migrantes sentían que les afectaba. Pero, dos de las mujeres veían que su nacionalidad era un determinante social que afectaba el acceso que tienen (o tenían) a los recursos de salud. Por ejemplo, una de las mujeres migrantes peruanas que tiene 8 años en Chile, mencionó que cuando recién ingresó al país ella no iba a los controles de embarazo y tenía dificultades para adaptarse con los chilenismos y las diferencias de vocabulario. Adicionalmente la mujer migrante Boliviana mencionó que se sentía discriminada por ser extranjera:

*“(...)nos preguntan por tu DNI, nos dicen, como les decimos que somos extranjeras(...)No sé, yo pienso, me hacen sentir como si tuviera que esperar más tiempo y dicen, “No, tiene que esperar por favor(...)”*

En las entrevistas con los trabajadores de salud, la mayoría de los CESFAMs tenían más migrantes de Bolivia, Perú, Venezuela, con una minoría de Colombia, Haití, Cuba, y República Dominicana. De los migrantes que atienden, muchos de los funcionarios dijeron que la mayoría estaban en situación irregular, con algunos indicando que usualmente son de Perú y Bolivia y otros diciendo Venezuela. Por ejemplo, una funcionaria mencionó que más venezolanos están en situaciones irregulares porque, típicamente, los peruanos y bolivianos entran por visa temporáneas o de turista donde pueden estar en Chile por 90 días. Al contrario, otros funcionarios de salud, dijeron que había más migrantes irregulares de Perú y Bolivia porque están más cerca y vienen caminando por la línea del tren. Varios de los funcionarios de salud pensaban que la situación migratoria y la nacionalidad de los migrantes eran barreras para las mujeres migrantes.

Por ejemplo, en el tema de la situación migratoria, unas de las funcionarias de salud observó que la gente que pedía más horas con profesionales eran migrantes, específicamente para niños o niñas migrantes, en residencias familiares donde hay mucha vulneración. Esta misma trabajadora también mencionó que si una gestante inmigrante no asiste a un control un mes, cuando le hacen “rescate” se han encontrado que es porque la gestante migrante se devolvió a su país de origen o se trasladó a otro región. Adicionalmente, ella y otro funcionario de salud comentaron que muchos migrantes irregulares vienen al país sin mucha documentación dificultando el proceso de vacunación o que se acerquen a los centros.

Otro ejemplo con el tema de la situación migratoria, es que una funcionaria de salud señaló que, dependiendo de la situación migratoria de la mujer migrante irregular, puede afectar la facilidad que tiene en poder regularizarse. Por ejemplo, informó que *“(...)de repente [hay] características que van a ayudar a que sea un poco más rápido el proceso(...)no es la misma situación de regularización migratoria a la que entró legal por la frontera y se le venció, por ejemplo, su visa, al que pasó por el paso no habilitado.”* De igual manera, me dijo que la situación de la mujer migrante regular versus la mujer migrante irregular también son diferentes porque *“cambia la figura cuando la mujer migrante está regular, tiene un contrato, tiene cotizaciones, tiene salud, y a lo mejor puede arrendar.”* (Funcionaria de Salud 3)

Ahora un ejemplo de cómo la nacionalidad afecta el acceso que tienen las mujeres migrantes es por temas culturales. Similar a lo que la mujer migrante peruana ha experimentada, los trabajadores de salud dijeron que han escuchado, a través de migrantes quienes ellos han entrevistado o han hecho actividades con, las dificultades más comunes eran los modismos chilenos, las diferencias en frases o palabras entre cada español, y el rapidez del español chileno. Unos de los funcionarios de salud,

Funcionario de Salud 5, mencionó que la cultura chilena es diferente que la cultura de los migrantes, “*porque tiene que ver con cosas de higiene, del cuidado de los menores(...)*” y que “*el tema [de] los servicios sanitarios de estos países (Venezuela, Colombia, Perú, y Bolivia) no son los mismo que Chile (...)[resultando en que] se acercan a los servicios de salud cuando están enfermos.*”

#### **v. Nivel de Educación/ Acceso a Información**

En las entrevistas, dos de las tres mujeres migrantes hablaron cómo la falta de información sobre el sistema de salud afecta (o afectaba) cómo acceden (o accedieron) a los recursos de salud. Una de las mujeres peruanas que vive hace 3 años en Chile sabía que ella no estaba bien informada sobre lo que el país ofrece. Un ejemplo que me dio ella era que cuando su bebé tenía “*honguitos en su potito*” ella “*estaba desesperada igual con la tía y le digo, ¿dónde lo llevo?*”

Igualmente, todos los funcionarios de salud decían que el acceso a la información es otro determinante social. Todos comentaron que muchos migrantes tienen un gran desconocimiento sobre sus derechos y el sistema de salud. Además, hay un problema de desinformación donde migrantes piensan que si ellos entregan sus datos a los centros de salud su información sería entregada a la PDI o a los carabineros. Esto ha resultado en el temor de asistir a los consultorios, lo cual ha sido una barrera que los centros de salud han tenido que enfrentar para que los migrantes asistan a los servicios sanitarios.

Por otro lado, una trabajadora dijo que el nivel de escolaridad de Bolivia, siguiendo Perú, es bastante bajo, comparado a los venezolanos quienes no tienen bajo nivel de escolaridad porque tienen mayores ingresos.

#### **vi. Género y Situación Familiar**

Otro determinante social que fue mencionado era la situación familiar de las mujeres migrantes. De las tres mujeres migrantes, una dijo que siendo madre soltera le ha afectado con su situación económica. Otra dijo que tenía pareja chilena quien le ha explicado las cosas a ella cuando él le acompañaba a los controles del embarazo. Luego, la otra mujer migrante mencionó que era madre, y cuando le entrevisté estaba cuidando su hijo, pero nunca dijo que siendo una madre era un factor que le afectaba el acceso que tenía a la salud. Curiosamente, todas me dijeron que la única razón por la que van a los centros de salud es para sus niños, y pocas veces van para ellas mismas. Por ejemplo, la madre soltera dijo que ella utiliza los recursos “*(...)más que todo de los niños porque yo tengo un dolor de cabeza a veces, yo tomo una pastilla y ya se me pasa (...)*” y desde que ella ha estado en el país, no ha consultado ni una vez para ella misma. Una de las mujeres migrantes peruanas dijo que ella va a los servicios para la

leche que le dan a los niños. La otra mujer migrante peruana señaló que cuando va por ella misma es para cuidar su implante, ya que tiene un bebé y cada año va para el PAP, pero casi nunca por enfermedad.

Por su parte, todos los funcionarios de salud dijeron que las mujeres asisten a las atenciones de salud más que los hombres, dos mencionaron que es algo transversal sin importar la nacionalidad. Otro funcionario de salud también menciona que la mujer no es solamente más responsable por su salud sino también la de sus niños/as. Similarmente, a lo que las mujeres migrantes dijeron, muchas de los trabajadores de salud dijeron que las mujeres llegan a solicitar atención de salud para el embarazo y por los controles con los niños.

### **vii. Situación Geográfica y Situación de Vivienda**

En las entrevistas, ninguna de las mujeres mencionaron que su situación geográfica o de vivienda afectaba el acceso que ellas tienen a los recursos de salud, pero tres funcionarios de salud si lo mencionaron. Por ejemplo, tres funcionarios de salud dijeron que muchos migrantes de salud no tienen los accesos básicos como la luz, el agua potable, buena ventilación, y viven en hogares construidos de material ligero y comparten baños y cocina. Luego, una de las funcionarias mencionó que es común que las mujeres migrantes que viven en lo rural lleguen a los controles de salud en una etapa de embarazo tardío y que no sepan sobre el acceso que ellas tienen a los servicios sanitarios ya que los recursos están más lejos. Además, un funcionario de salud dijo que a veces los migrantes empiezan a vivir en asentamientos fuera de la ciudad, conocidos como tomas, en las cuales las situaciones de vivienda son precarias.

### **ix. Pertenencia Indígena**

De las mujeres a quien entrevisté, la mujer migrante boliviana era la única quien tenía pertenencia indígena, específicamente del pueblo Aymara. En la entrevista, ella no mencionó que ser Aymara afectaba su acceso a los servicios sanitarios.

De los funcionarios de salud, algunos mencionan que la pertenencia a un pueblo indígena es un determinante social, pero solo fue dicho cuando yo les preguntaba si ellos pensaban que tener pertenencia era un factor. Unas de las funcionarias de salud mencionó que ser indígena puede ser *“una de las brechas que impide que las personas vengan, porque tienen otra creencia de acuerdo al tratamiento médico, y ocupan mucho más la medicina tradicional.”* Otro funcionario de salud también observó que hay diferencias en las lenguas de las personas indígenas y algunos de ellos no hablan español, dificultando la comunicación entre la usuaria y los proveedores. Además, este mismo funcionario me informó que en Arica solamente hay tres médicos Aymaras, y aunque el CESFAM en que trabaja tienen un médico

aymara, él atiende al CESFAM dos veces al mes. Cuando el entrevistado fue preguntado dijo que es difícil encontrar otro médico aymara ya que el médico necesita la validación de la comunidad aymara.

### **Barreras que Enfrentan los Centros de Salud**

Además de los determinantes sociales cuáles son las barreras para que las mujeres migrantes accedan a los servicios de salud y también para los centros de salud. Primero es que todos los funcionarios de salud ven que siempre hay falta de recursos y piensan que los recursos no son suficientes para la gran población que ellos atienden. Algunos de los trabajadores de salud han mencionado:

*“(...)alcanzamos a dar la cobertura pero no como quisiéramos y tal vez eso hace que no sea de calidad la atención de salud(...) no tenemos infraestructuras. Los centros de salud son muy pequeños(...) los boxes de atención se hacen pequeños.” (Funcionaria de Salud 1)*

*“(...)los recursos que nosotros tenemos ya son insuficientes hasta con la población que vive en Chile(...) ya teníamos déficit de recursos antes de que partiera el tema de la migración.” (Funcionario de Salud 4)*

La insuficiencia de los recursos económicos y humanos ha causado que uno de los trabajadores de salud tenga dificultad para poder llegar a ciertos lugares, como las tomas más lejanas de la ciudad, para dar acceso e informar sobre los servicios sanitarios. Igualmente, una de las funcionarias de salud mencionó que en el CESFAM que trabaja, han tenido solicitudes de una hora con médicos desde el mes de abril que no han podido dar respuesta por la razón que *“solamente hay 9-10 atenciones para el día. No es nada para 60-70 personas que requieren una atención médica(...) no [tienen] médicos, no [tienen] box para atender.” (Funcionaria de Salud 1)*

Esta tardanza en los tiempos es algo que todas las mujeres migrantes se quejaron y algo que ellas sugieren cambiar ya que han tenido que esperar horas, semanas y meses para que las atiendan (o a sus hijos). Una de las mujeres notó que *“(...)para que te den hora tienes que esperar a veces dos semanas, un mes(...) [y] tienes que ir de emergencia porque después no te atienden(...) mi hija (...) tiene que estar muriendo para que un doctor la vea, y eso es lo malo.” (Mujer Migrante 1)*. La misma mujer migrante también mencionó que ella cambiaría la calidad de la atención ya que a ella no le explicaron qué estaba causando la enfermedad de su hija y simplemente le dieron un papel de lo que tenía que tomar. Esto no es una experiencia que las otras mujeres migrantes han experimentado ya que otra mujer migrante dijo que a ella si le explicaban la causa de la enfermedad.

Ahora, basado en lo que cuatro de los funcionarios dijeron, la causa por la insuficiencia de los recursos que ofrecen es causado por el nivel de políticas públicas donde tres de estos funcionarios mencionaron que la distribución de los recursos no es adecuada. Dos de las funcionarias de salud mencionaron que la cantidad que el Estado da per cápita es inferior a la cantidad de necesidades y que

aunque el gobierno otorga recursos económicos *“uno ve que no sé dónde están distribuidos o están distribuidos en cosas que no estamos pesquisando.”* (Funcionaria de Salud 1). Otro de los funcionarios mencionó que el gobierno no paga nada para los migrantes, en contraste a los chilenos donde el gobierno paga una cantidad de dinero. Asimismo, esta falta de distribución adecuada se nota en las infraestructura lo que mencionan dos trabajadores:

*“Por ejemplo(...)en nuestro consultorio, se construyó de acuerdo a un número de población que existía en ese año(...) sin contar que 10 años después iba a crecer toda una población mucho más grande(...)la salud municipal es poca, vivimos apretaditos, entregando pocos recursos (...)”* (Funcionario de Salud 4)

*“Se abrió un CESFAM hace 2-3 años, Rosa Vascope (...) pero ya colapsó el CESFAM. Ya, al principio, claro funcionaba todo bien pero ya hay mucha gente (...) y empieza a pasar lo mismo.”* (Funcionaria de Salud 1). Esta misma funcionaria de salud mencionó que ella sugeriría al gobierno construir más centros de salud o agrandar los centros que ya están disponibles.

### **Cómo los Centros de Salud Tratan de superar las Barreras**

Viendo que hay varias barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud para las mujeres migrantes, los centros de salud, basado en las entrevistas con los funcionarios, tratan de disminuirlas a través de la difusión de los recursos hacia la comunidad. Por ejemplo, cuatro de los funcionarios de salud mencionaron que la monitora y encargado del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes se establecen en lugares donde pueden dialogar con la comunidad sobre sus recursos como recibir a los migrantes en la entrada del CESFAM. Además, todos los trabajadores dijeron que se lleva las prestaciones a los lugares donde viven la gente, como las tomas y los domicilios, donde unas de ellas mencionó que el CESFAM que ella trabaja han podido dar kits de emergencia para migrantes durante estas visitas.

Luego, unos de los funcionarios mencionaron que hacen actividades comunitarias como ferias donde hay un stand del programa donde hay diferentes profesionales, prestaciones, y folleterías que entregan. Como he mencionado previamente, los trabajadores han hecho entrevistas o actividades con migrantes para tener un diálogo sobre algunas barreras que los migrantes enfrentan, donde los trabajadores aprendieron la importancia que las diferencias culturales tienen para los migrantes. Unos de estos funcionarios mencionaron que el encargado del Programa ha hecho capacitaciones con los trabajadores de salud en el CESFAM para *“tratar de buscar el lenguaje más propicio para que [los migrantes] entienden que(...) en Chile se trabaja de esta manera y que hay que tratar de respetar los programas”* (Funcionaria de Salud 3). También para que los funcionarios se sensibilicen a las diferencias en la comunicación para luego aplicar lo que aprenden en la práctica.

Además del trabajo hecho en los CESFAMS, dos trabajadores de salud mencionaron que colaboran con organizaciones quienes están especializados con ayudar migrantes como Servicio Jesuita a Migrantes y World Vision donde hay derivaciones de CESFAM a los organizaciones y viceversa y uno de los trabajadores ha hecho talleres con SJM.

Para las barreras que los centros de salud enfrentan en materia de pueblos indígenas, además de los facilitadores interculturales y médicos aymaras, en caso de la falta de médicos Aymaras en el consultorio, unos de los funcionarios de salud mencionó que hay médicos aymaras quienes no trabajan en los consultorios y que también derivan usuarios a ellos.

Finalmente, en términos de lo que los centros de salud están haciendo para captar la atención del gobierno sobre el aumento de los recursos son paros de 2-3 días donde demandan más per cápita. También, en unos de los CESFAMs mencionaron que ellos mandan mucho dato al nivel ministerial donde los registros estadísticos generan el aumento de recursos anuales. Otro trabajador dijo que ellos dan información sobre las diferencias entre los chilenos y los extranjeros en los informes técnicos para indicar al gobierno la falta de recursos. Al fin, cuando fueron preguntados si ven cambios en los recursos después de hacer todas estas acciones al nivel municipal, ninguno de ellos dijo que sí. La mayoría decía que no ha mejorado la situación o que si ha mejorado pero no soluciona el problema del déficit con que se encuentran.

### **Opiniones sobre el Trato y los Recursos de los Centros de Salud**

Como ha sido previamente mencionado, los centros de salud atienden a la gente sin discriminación y con un enfoque intercultural. Tres de los funcionarios de salud mencionaron que ellos pensaban que las mujeres escucharon de los recursos a través de organizaciones o plataformas en línea, mientras tres funcionarios también dijeron que era a través de los centros de salud.

De acuerdo a las mujeres migrantes, todas han tenido un experiencia buena con los trabajadores de salud diciendo que les han tratado bien con la excepción de una de las mujeres migrantes quien menciona “(...)hay uno que otro que es un poquito así(...)” (*Mujer Migrante 1*). Después, una de las mujeres escuchó sobre los recursos que ofrecen a través del centro de salud mientras otra mujer migrante dijo que cuando estaba embarazada una “buena persona [le] dijo que [se] vaya al hospital, que ahí [le] podrían hacer todos [sus] controles.” (*Mujer Migrante 3*)

Luego, había diferencias entre las opiniones de las mujeres sobre lo adecuado, accesible, y efectivo que eran los recursos. Una de las mujeres dijo que no lo consideraba efectivo ya que le recetaron solamente paracetamol y un ibuprofeno cuando su niña tenía dolor de estómago y vómitos y le dieron hora para tres semanas después. Otra mujer dijo que los recursos eran regulares porque cuando la han

atendido el trato ha sido bueno pero a veces *“prefiere ir a Tacna, que te cobran un poco más barato y la atención es más rápida(...) y acá tienes que tener recetas médicas(...) te dan un papelito y te dicen ya, paracetamol, ibuprofeno, y eso.”* (Mujer Migrante 2). Luego, otra mujer migrante dijo que para ella los recursos si eran de adecuados, efectivos, y accesibles expresando que en los centros aquí le ha ayudado *“la alimentación que le dan a él (su bebé) allí, mi bebé aprendió a comer mejor(...) y todo eso fue bueno(...) y en el hospital cuando estuve internada, ahí vino la asistente social. Ella fue quien me ayudó(...) me dieron igual un RUT provisorio(...)”* (Mujer Migrante 3). Como vemos, las opiniones de las mujeres sobre lo adecuado que son los recursos son diferentes.

## **Desarrollo de Análisis**

### **Determinantes Sociales**

Los determinantes sociales de salud son aspectos de la vida de uno, como la situación económica, familiar, de hogar, y social, que puede intervenir con cómo uno accede a los servicios sanitarios. En las entrevistas con las mujeres migrantes y las funcionarias (os) de salud, era evidente el rol que tiene el género al cómo y por qué la mujer migrante accede a los recursos de salud. Como fue establecido en el marco teórico, ser una mujer viene con imposiciones de su rol basados en estereotipos y roles de género. Para la mujer, hay una expectativa de que ella debe sacrificarse por su familia y debe contribuir más al cuidado del hogar, los hijos/as, y su familia. Durante las entrevistas con las mujeres, todas ellas dijeron que solamente asistían a los centros de salud para atender a sus hijos/as y raramente para ellas mismas. Si era para ellas estaba relacionado de alguna manera con el embarazo. Igualmente, los funcionarios de salud dijeron que las madres, mayormente asisten a los centros para el cuidado de la infancia o por embarazo, pero casi nunca por enfermedades. Esto puede indicar que la falta de cuidado para ellas mismas y su propia salud tiene que ver con los roles de género en que crecemos, especialmente considerando que las culturas latinoamericanas pueden ser más conservadoras en ese aspecto.

Además del papel de género, también noté que las situaciones familiares de las mujeres tenían vinculación con su nivel socioeconómico. Aunque las/os funcionarias/os de salud no mencionaron la situación familiar como un determinante social, unas de las mujeres migrantes notó que ser una madre soltera le dificulta económicamente con su hija e hijo. Por el contrario, otra mujer migrante mencionó que tiene un esposo chileno que le ha ayudado a adaptarse a la cultura chilena. Ser madre soltera en comparación a una madre con pareja y más aún una madre con pareja chilena puede tener ventajas que las otras no tienen. Por ejemplo, ser madre soltera puede significar que ella es la única fuente de apoyo, resultando en que solo ella tiene que cuidar de sus hijos y también encargarse de las finanzas. Esto puede dificultar aún más si es una madre con más de un niño. Además, como hemos leído en el marco teórico,

usualmente los trabajos que los migrantes tienen, especialmente si son de situación irregular, pagan muy poco, posiblemente resultando en que la mujer soltera tenga que trabajar en más de un trabajo para tener suficiente plata para mantener sus hijos, la casa, y ella misma. Al contrario, una mujer con pareja tiene otra fuente de apoyo que le puede ayudar con la familia y las finanzas. Luego si la pareja es chileno/a, añade otra ventaja considerando que la mujer migrante tiene una red de apoyo personal y familiar que le puede ayudar a navegar en el sistema de salud chileno, al contraste con la madre soltera y la pareja migrante, quien posiblemente navegan en el sistema sin muchas redes de apoyo y lleven más tiempo sin entender los sistemas chilenos.

Asimismo, otros determinantes sociales que fueron mencionados o pueden ser implicados es la interseccionalidad entre el nivel socioeconómico, empleo, vivienda y situación migratoria. Como vimos en el marco teórico, hay una vinculación entre la situación migratoria (regular o irregular), el empleo en que trabaja, cuánto gana y la frecuencia en que se atiende en los centros de salud. Por ejemplo, si el migrante es irregular es más probable que trabaje de manera informal donde le pueden pagar muy poco y su mano de obra puede ser explotada, resultando en que gane poco dinero . Posiblemente, esto causa que no vaya a atenderse mucho en los centros de salud, sea por dinero o tiempo. Además, si están en situación irregular, pueden vivir en situaciones precarias donde no tienen acceso a luz, agua potable, o en un hogar de condiciones sanitarias inadecuadas aumentando la probabilidad de que se enferme. Esto fue reafirmado en las entrevistas con los trabajadores de salud. Con las mujeres migrantes no se puede confirmar estas vinculaciones, pero si se puede deducir . Por ejemplo, unas de las mujeres migrantes es de situación regular, tiene ocho años en Chile, y su empleo es un trabajo formal donde le dan un seguro de salud. Aunque no se puede decir con certeza con simplemente una entrevista, se puede ver el posible efecto que tiene su situación migratoria con su situación de empleo. Por ser mujer migrante regular puede ser que ella trabaja en un oficio que posiblemente le puede pagar más y le dan beneficios, y no sería la misma situación si fuera de situación irregular.

Conjuntamente, en los artículos que leí plantearon que en el norte de Chile se veía más porcentaje de migrantes de Bolivia, Perú, Venezuela, y Colombia. Los trabajadores de salud también comentaron que había más migrantes de Bolivia, Perú, y Venezuela. También, las mujeres a quienes entrevisté eran de Perú y Bolivia. De hecho, algo que no fue dicho en el marco teórico, pero sí fue observado entre los trabajadores de salud era la relación entre la nacionalidad de los migrantes y su situación migratoria. Muchos trabajadores comentaron que es más visto que Venezolanos vengan con pasos no habilitados mientras Bolivianos y Peruanas vienen, usualmente, con visa. Esta observación puede ser más o menos confirmada con las tres mujeres que entrevisté ya que, aunque una de ellas era de situación irregular, todas entraron al país con visa.

Finalmente, se puede notar una conexión entre la situación migratoria y el nivel de acceso a información que tienen las mujeres migrantes. Los trabajadores de salud mencionaron que una de las barreras que ellos enfrentan para poder hacer sus recursos accesibles a las mujeres es el desconocimiento y la desinformación sobre el proceso del sistema sanitario, algo que varios estudios también mencionan. En las entrevistas con las mujeres también puede ser observado, ya que unas de las mujeres que ha estado en Chile por mucho tiempo (8 años) dijo que tenía más dificultad de adaptarse cuando recién entró al país. También otra de las mujeres, que tiene 3 años en el país, reconoció que no está bien informada sobre los servicios ofrecidos, aunque, no explícitamente dice que el tiempo que ha estado en Chile es una causa, es una posibilidad que así sea, ya que cuando uno está más tiempo en un país, escucha más cómo funciona, forma más redes de apoyo que le puede informar, y se familiariza con la cultura chilena.

### **Cómo las Barreras que Enfrentan los Centros de Salud Afectan la Experiencia de las Mujeres**

Cuando escuché las dificultades que los centros de salud enfrentan, estaba sorprendida del gran rol que tiene el Estado para la accesibilidad, la adecuación, y la efectividad de los recursos. Antes de empezar la investigación pensé que los centros de salud tendrían más control sobre el aspecto financiero y que podrían hacer más cosas, como solicitar becas o donaciones para que reciban más dinero. Pero, al contrario, los centros de salud dependen mucho del gobierno y el Estado para las finanzas.

Curiosamente, unos de los entrevistados dijo que el gobierno no pagaba nada por los migrantes, dificultando la distribución de muchos recursos a una población grande. Esto era interesante de escuchar ya que supuestamente FONASA, cuando los migrantes están inscritos, paga por ellos, por lo cual, no recibir plata para migrantes no debería ser un problema. Esto puede enseñar que entre los trabajadores de salud hay desconocimiento de cómo funciona el sistema de salud y el financiamiento de los recursos.

Además de este comentario, muchos, opuesto a que no dan dinero, decían que la cantidad que el gobierno da no es suficiente para la cantidad de población que tienen que atender. Esencialmente dificultando el poder de hacer más y dar más a la comunidad. Esta ineptitud e insuficiencia era un problema evidente cuando pregunté a las mujeres migrantes que es lo que no funciona en los centros de salud. Todas dijeron que el mayor problema que ellas tenían eran los largos tiempos de espera y el grado de emergencia que uno tiene que estar para que les atienden inmediatamente. También una de las mujeres dijo que cuando fue atendida por los trabajadores de salud no era de buena calidad (tiempo y profundización). Basado en lo que los trabajadores de salud dijeron, estas quejas que tienen las mujeres puede tener relación con la falta de recursos que los centros están experimentado. La falta de infraestructura apropiada (tamaño de los centros, cantidad de boxes, número de trabajadores de salud) puede estar causando que no puedan atender apropiadamente con cada paciente ya que tienen pocos

funcionarios de salud quienes tienen que ver muchos pacientes en un día. Aunque siento que, sin importar la cantidad que tienen que atender, la calidad con cada paciente debe ser buena.

En un tema positivo, aunque había opiniones distintas sobre la accesibilidad, adecuación, y efectividad de los recursos (demostrando las diferentes experiencias que las mujeres enfrentan), todas dijeron que cuando fueron atendidas el trato de los trabajadores hacia ellas y sus niños era bien. También, en mi opinión, el trabajo que un mayor número de los funcionarios están haciendo para llegar a los migrantes, de informarles sobre sus derechos y accesos y las colaboraciones que tienen con varias organizaciones, parece ser con mucho esfuerzo, y a lo que una mujer migrante dijo, parece que sí ayudan. Pero, siento que es posible que no todos los CESFAMs trabajen con tanto esfuerzo, por ejemplo, con unos de los funcionarios de salud quien trabaja en un CESFAM que no atiende tantos migrantes, no dijo en mucho detalle sobre él la difusión de sus recursos hacia las migrantes.

### **Discriminación en los Centros de Salud hacia las Mujeres Migrantes**

Aunque las leyes y las entrevistas con funcionarios de salud mencionan que atienden a los migrantes y dan los recursos sin discriminación, el marco teórico enseña que no siempre es así. Esto puede ser apoyado por la mujer migrante boliviana quien mencionó que ella sintió que por ser migrante, tenía que esperar más tiempo que un chileno/a. Esto podría haber pasado porque atender a un chileno, quien ya está registrado en el sistema y tiene toda su información en el sistema, es menos trabajo y más fácil comparado con un migrante quien no tiene DNI y tiene que ser inscrita al sistema para poder usar los recursos.

Además, en una de las entrevistas con unos de los funcionarios de salud mencionó que las diferencias “culturales” entre los chilenos y extranjeros resultan en que se acercan a los servicios de salud cuando están enfermos. Aunque el marco teórico sí menciona que los migrantes van a los centros de salud más tarde, considero que esto no es algo cultural sino algo que está basado en los sistemas de salud de los otros países que causa que los migrantes no acceden temprano. Es probable que los migrantes piensen que el sistema de salud chileno funciona similar a su país. Creo que también puede implicar una superioridad que algunos chilenos pueden tener sobre su país cuando se comparan con otros.

Adicionalmente este mismo funcionario también dijo que el migrante puede acercarse al centro y preguntar sobre los recursos y que las vías de información están ahí. Siento que esto ya enseña una asimetría en poder entre el chileno y extranjera y el funcionario de salud chileno y usuaria extranjera. El atenderse en un CESFAM no es tan simple y fácil como lo hace ver, puesto que hay determinantes sociales que le pueden dificultar el acceso a las mujeres migrantes y migrantes en general. También, en las entrevistas con las mujeres, ellas indicaban que si descubren algún recurso que se ofrece en el sistema

de salud (controles de embarazo, medicamentos para su hijos enfermos, etc.) ellas iban y utilizaban los recursos ofrecidos en los centros de salud y el hospital. Creo que la contradicción de lo que dice el trabajador a lo que hacen las mujeres en la actualidad puede enseñar algunos prejuicios que tiene el trabajador. Igualmente, como mencioné anteriormente, este funcionario de salud también dijo que el gobierno no pagaba nada para los migrantes y que el CESFAM tiene que distribuir los mismos recursos entre más personas, probablemente insinuando que la culpa es de los migrantes por la escasez en los recursos.

En otra entrevista, una funcionaria de salud mencionaba ‘ilegal’ cuando describió la situación irregular de los migrantes. Curiosamente, ella decía “irregular” y “situación irregular” y “pasos no habilitados,” y todavía usaba la palabra “ilegal,” lo que puede ser por ignorancia de las connotaciones que tiene describir a los migrantes como ‘ilegal’ principalmente asociaciones con el crimen.

Luego, en varias entrevistas mencionaron que pueden ayudar a hacer denuncias en familias migrantes, si sea por violencia intrafamiliar o vulneración de derechos de niños, niñas, y adolescentes. Cuando escuché esto me llamó la atención ya que no estoy segura en qué condiciones y qué es el proceso de hacer la denuncia. Por ejemplo, si ven un niño con falta de higiene o que no va a la escuela, ¿inmediatamente denuncian? O antes de hacer la denuncia, ¿tratan de entender las circunstancias en que está la familia? Es probable que los padres migrantes estén haciendo lo más posible para mantener a sus hijos, pero por las circunstancias en que viven (nivel socioeconómico, trabajo, etc.) no tienen suficientes recursos para satisfacer todas las necesidades. Si es una situación así, ¿todavía se denuncia o los trabajadores de salud tratan de referirse primero a redes de apoyo para ayudarlos con las dificultades que tengan? Considero que en estas condiciones una denuncia no sería algo que ayudaría a la familia migrante, al contrario añade más estrés de lo que ya posiblemente tienen. Creo que este proceso de hacer denuncias puede implicar una manera de criminalización de los migrantes porque si el o la denunciante tiene prejuicios, puede estar presente en estas circunstancias.

Al fin, estas ocurrencias no son de discriminación explícita, pero en la actualidad es más como discriminación implícita. Creo que esto enseña que es importante que los trabajadores de salud aprendan y sean atentos de sus prejuicios implícitos ya que, aunque no es una forma discriminación explícita, puede igualmente impactar a la persona quien lo recibe, y puede resultar en consecuencias o acciones que van en detrimento para la persona migrante.

## **Conclusiones**

Aunque el Estado ha hecho leyes y programas para disminuir las barreras que los migrantes enfrentan al acceder a los recursos de salud, todavía hay mucho trabajo que se tiene que hacer. A través

de todas las entrevistas, la accesibilidad y la adecuación de los recursos eran mayormente vistos como insuficientes. De parte de los funcionarios de salud, había reclamaciones sobre la cantidad de financiamiento que el gobierno da por cada persona y la distribución del dinero. Por otro lado, las mujeres se quejaban sobre el tiempo de espera en los centros de salud. Ambas quejas pueden relacionarse con cómo el gobierno distribuye su presupuesto. Posiblemente el Estado invierte demasiados recursos en un sistema, como militar o seguridad, y esa gran cantidad pueden ser mejor distribuidos y más beneficiosos en otros sistemas.

Además, a pesar que las implementaciones de las leyes han disminuido algunas brechas que provocan los determinantes sociales, aún son problemas que están bien presentes en las vidas de las mujeres. En las entrevistas, era evidente que la situación migratoria tiene un gran impacto y resulta en dificultades en otros aspectos de la vida de la mujer como el nivel socioeconómico, el trabajo, la situación familiar y la vivienda. También, se vio el impacto del género, pertenencia a un pueblo indígena, y la nacionalidad. Al poder “eliminar” estas brechas, no es solamente un problema que tiene que resolverse en el sistema de salud, sino también en varios sistemas como el sistema laboral, el sistema migratorio, el sistema de hogar, y aún más. Esto enseña que los varios sistemas interseccionan entre ellos mismos, y si hay un problema en un sistema puede ser consecuencia de problemas en otros sistemas o puede causar más problemas en diferentes temas.

Parece que los centros de salud tratan de combatir estas fallas con actividades comunitarias cerca del CESFAM o hacia las comunidades que los migrantes viven para poder atenderlos y educarlos sobre los recursos ofrecidos. Adicionalmente, uno de los trabajadores mencionó que hace capacitaciones con los trabajadores del CESFAM lo que considero algo muy bueno de hacer porque para mí es importante que no sólo eduquen a los migrantes, sino también que se eduquen ellos mismos. Esto beneficiará al migrante ya que puede ayudar en cómo atender a la población migrante con más sensibilización y de buena calidad.

Pero, a pesar del esfuerzo que los centros de salud implementan, al mismo tiempo parece que no llega a todas, ya que una de las mujeres migrantes que entrevisté escuchó sobre los recursos de salud a través de personas en la comunidad. Aunque esto demuestra que hay una falta en recursos, también señala la importancia que tiene la comunidad, los chilenos de la región, en ayudar a minimizar las brechas que mujeres migrantes, y migrantes en general, enfrentan. No es solamente el actuar de las autoridades que prevalece en la experiencia de los migrantes en el país, sino también las personas a su alrededor a diario.

Luego, a través de las experiencias de las mujeres, la mayoría no han sido discriminadas por su nacionalidad, situación migratoria, y género con la excepción de una mujer. Además, en las entrevistas la apariencia de prejuicios implícitos de los trabajadores de salud era evidente. A pesar de que las leyes describen que los migrantes pueden acceder a los servicios sanitarios sin ser discriminados, todavía está presente en los centros. Con esto, aumenta la importancia que el trabajador se eduque más en sus propios

prejuicios, de estar atento a él mismo, y trabajar en “eliminar” esos prejuicios. Uno no solamente debería de enfocarse en la discriminación explícita sino también en los microagresiones, lo que es un aprendizaje y trabajo de toda la vida. Esto también indica la importancia de escuchar las perspectivas de las experiencias de varias mujeres migrantes, ya que no más porque una mujer migrante no ha pasado por algo, no significa que no le pasa a las demás.

Seguidamente, entre las mujeres migrantes y los trabajadores de salud había más semejanzas que diferencias en sus respuestas de lo que pensé. Por ejemplo, las determinantes sociales que las mujeres mencionaron también fueron mencionadas por los funcionarios. Otro ejemplo es que la mayoría de las(os) entrevistadas(os) tenían la misma opinión de que los recursos que ofrecen los centros de salud no son adecuados. Lo que sí vi más diferencias era entre las experiencias y respuestas entre las mujeres migrantes. Similar a las disimilitudes de las experiencias que noté en el marco teórico, en mis entrevistas, cada mujer tenía algunas similitudes, pero también sus opiniones de los recursos y sus experiencias en los centros eran diferentes. Mientras una pensaba que los recursos eran adecuados y suficientes, las otras dos pensaban que más o menos o que no lo eran. Mientras una mujer experimentó discriminación, las otras dos no. Esto enseña que las experiencias de las mujeres no es siempre la misma, y por eso es muy importante escuchar las perspectivas de varias mujeres migrantes para tener una mejor idea de las dificultades que tienen .

Finalmente, la adecuación, la efectividad, y la accesibilidad no es un problema que se pueda solucionar fácil y rápidamente. Es un problema que necesita abordar problemas irresueltos en otros sistemas. También requiere el esfuerzo de toda la comunidad incluyendo trabajadores de salud, el gobierno y el Estado, y las personas locales. Además, siento que resolviendo o trabajando en mejorar los problemas que enfrentan las mujeres migrantes resultará en resolver los problemas que los chilenos tienen que combatir. En otras palabras se mata a dos pájaros de un tiro.

## **Recomendaciones**

Los resultados de este proyecto muestran la importancia de tener más investigaciones sobre este problema con más atención y detalle. Durante mi investigación, noté que hubiera sido interesante haber aprendido sobre las razones, que no sean de embarazo o parto, porque las mujeres migrantes asisten a los centros de salud. También, hubiera sido interesante hacer entrevistas con hombres y mujeres de diferentes situaciones migratorias, nacionalidades, y situaciones familiares y hacer una comparación y contraste de la experiencias de cada migrante, y las interseccionalidades en los determinantes sociales. Además, algo que siento que faltó en esta investigación es conocer más experiencias de mujeres migrantes quienes tienen pertenencia a un grupo indígena.

Del mismo modo, sería beneficioso hacer más investigación de este tema en el nivel municipal para entender más como el sistema de salud funciona y ver cómo el gobierno invierte su dinero. Finalmente, otro aspecto interesante a investigar es el proceso de denuncias a familias migrantes y conocer cifras y causas relacionadas y verificar si existe discriminación a la base de las denuncias.

## **Limitaciones**

Durante el proyecto había muchas limitaciones presentes lo que cambió un poco el trayecto de mi investigación. Primero, los tiempos en que las entrevistas fueron hechas. Había dificultad en poder tener entrevistas más temprano de lo que quería, resultando en que todas las entrevistas estuvieran hechas en la tercera semana del ISP. Siento yo que si pudiéramos haber hecho las entrevistas más temprano hubiera podido haber entrevistado mujeres de diferentes nacionalidades, y probablemente podría haber concentrado en mujeres migrantes irregulares como originalmente quería. Además las entrevistas con las mujeres migrantes no estaban programadas, al contrario tenía yo que acercarme a las mujeres quienes estaban esperando para ser atendidas. Esto limitó cuantas mujeres migrantes podía entrevistar ya que depende cuantas mujeres estaban ahí en la mañana y algunas mujeres dijeron que no tenían tiempo para una entrevista porque estaban con prisa. También, hay pocas entrevistas hechas, haciendo difícil poder hacer vinculaciones con más certeza.

# Bibliografía y Fuentes Consultadas.

## Libros

- Acuña, M. et.al. (2019). *Hacia una comprensión integral de la relación entre migración Internacional y enfermedades infecciosas: De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile*. Colegio Médico de Chile. [documentos-migrantes\\_final\\_compressed.pdf \(colegiomedico.cl\)](#)
- Instituto Nacional de Estadísticas (2023). *Informe de Resultados de la Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile. Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales Subdepartamento de Demografía*. Pp. 17-20
- Leiva, J. (2017). *La mujer migrante en Chile. Hacia el desarrollo de una política pública con enfoque interseccional. Cuadernos de la escuela de sociología UCM*, 2(2), 44-54.
- Ministerio de Salud Fonasa. (2017) *Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile*. [\\*Politica-de-Salud-de-Migrantes-310-1750.pdf \(ssmsoc.cl\)](#)
- Perez, A. et. al. (2017). *Vivencias de las mujeres en relación con las intervenciones médicas durante el embarazo y el parto*. Universidad Simón Bolívar. Pp 73-87. <http://hdl.handle.net/20.500.12442/1284>
- Servicio Jesuita a Migrantes, SJM, Colegio Médico y ICIM (2022). *Casen y Migración: Avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile (Informe N°3)*. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>
- Servicio Nacional de Migraciones (2023). *Estadísticas generales registro administrativo*. Servicio Nacional de Migraciones. *Cifras de enero 2014 a junio 2023*. Santiago, Chile. Recuperado de <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/analisis-sermig/>

## Artículos Académicos

- Alarcon, Y. & Balcells, M. (2017). Enfermedades infecciosas y migración. Una responsabilidad compartida. *Revista de Ciencias Médicas*, 42(2), 4-6. doi: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed>
- Chepo, M et. al. (2019). Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Rev Panam Salud Publica*. 1-9. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.71>
- Concha, N. y Mansilla, M. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Universidad Nacional de Lanús*, 13(3), 507-520. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Contreras, J. et. al. (2021). Condición migratoria y salud materno-perinatal en mujeres inmigrantes en Chile. *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad*. 7(1). 17-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.18848/2474-5219/CGP/v07i01/17-27>
- Ministerio de Salud. (s.f.) Reducir las inequidades en salud a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud de las personas. [94b55a66d1cf86b5e04001011f01159f.pdf \(minsal.cl\)](https://repositorio.minsal.cl/handle/10236/106169)
- Ramirez-Santana, M. et., al. (2019) Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile. *Migraciones Internacionales*. 10(1). Pp. 1-17. doi:<http://dx.doi.org/10.33679/rmi.v1i36.2005>
- Zamora Valdes, P (2009). *Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres Migrantes Internacionales Latinoamericanas en Santiago: Un Abordaje desde una Perspectiva Integrada desde el Género y los Derechos Humanos*. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Sociología (pp. 7-97) doi: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106169>

### **Páginas Web**

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2016). Decretó 67 Modifica Decreto N° 110 DE 2004, Del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o Indigentes. [Ley Chile - Decreto 67 10-MAR-2016 MINISTERIO DE SALUD - Biblioteca del Congreso Nacional \(bcn.cl\)](http://www.bcn.cl/leychile/Decreto-67-10-MAR-2016-MINISTERIO-DE-SALUD)

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2021). Ley de Migración y Extranjería. [Ley Chile - Ley 21325 - Biblioteca del Congreso Nacional \(bcn.cl\)](#)
- Consejo Económico y Social (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: CESCR Observación General 14. [1451.pdf \(acnur.org\)](#)
- El Mostrador (2014a). Investigaran hospital en Arica que retuvo durante cinco días a boliviana que dio a luz en el recinto. [Investigarán hospital en Arica que retuvo durante cinco días a boliviana que dio a luz en el recinto \(elmostrador.cl\)](#)
- El Mostrador (2014b). Guagua boliviana muere después de que Hospital de Arica le negara atención médica. [Guagua boliviana muere después de que Hospital de Arica le negara atención médica \(elmostrador.cl\)](#)
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Caracterización Socioeconómica: Inmigrantes. [Data Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia \(ministeriodesarrollosocial.gob.cl\)](#)
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023). Pobreza por ingresos, pobreza multidimensional y distribución de los ingresos . [Presentación Resultados Casen 2022 v20oct23.pdf \(ministeriodesarrollosocial.gob.cl\)](#)
- Ministerio de Salud (2023). Estadísticas de egresos hospitalarios a nivel país, según diagnóstico principal de hospitalización, sexo, grupo etario y previsión. Por año y nacionalidad. [Egresos Hospitalarios, últimos 4 años - SAS® Visual Analytics \(minsal.cl\)](#)
- Ministerio de Salud (2019). Salud del Inmigrante. [Salud del Inmigrante - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile \(minsal.cl\)](#)
- Naciones Unidas (1948). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. [La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas](#)
- Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales. [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales | OHCHR](#)

OIM. ONU Migración (s.f.) Sobre la Migración. [Sobre la migración | OIM, ONU Migración \(iom.int\)](#)

Portal de Datos sobre Migración (2022). Migración irregular. [Migración irregular | Portal de Datos sobre Migración \(migrationdataportal.org\)](#)

### **Entrevistas**

Gutiérrez V. (2024, Abril 19). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Director del CESFAM y Matron. persona;

Gutiérrez, V. (2024, Mayo 15). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Encargada del Programa Migrante. personal.

Gutiérrez V. (2024, Mayo 17). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Encargado del Programa Migrante y PESPI. personal.

Gutiérrez V. (2024, Mayo 16). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Mujer Migrante Boliviana. personal.

Gutiérrez V. (2024, Mayo 16). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Mujer Migrante Peruana Regular. personal.

Gutiérrez V. (2024, Mayo 16). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Mujer Migrante Peruana Irregular. personal.

Gutiérrez, V. (2024, Mayo 14). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Trabajadora Social. personal.

Gutiérrez, V. (2024, Mayo 17). *Los Determinantes Sociales y el Acceso a la Salud de las Mujeres Migrantes desde la Perspectiva de las Usuarias y los Trabajadores de Salud*. Trabajadora Social y Referente al Programa Migrante

# Los Anexos

## Anexo A: Formato de Consentimiento Informado

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE EN ENTREVISTA

Muchas gracias por tomarse el tiempo de participar en esta entrevista.

Mi nombre es Vanessa Gutierrez. Soy estudiante del programa *Salud Publica, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad* de SIT Study Abroad, y agradezco su interés por participar en este ejercicio de entrevista que estoy realizando para mi proyecto independiente sobre la efectividad y la accesibilidad de los recursos ofrecidos por los centros de salud para los mujeres migrantes irregulares.

Antes de que acepte participar en esta entrevista, es importante que lo siguiente para tomar una decisión informada.

- a. *Privacidad*. Toda la información que usted presente en esta entrevista, en caso de ser grabada, será protegida. Si usted no quiere que la información sea grabada, debe hacerlo saber, y de tal manera no la grabaré.
- b. *Confidencialidad*. toda la información confidencial será protegida.
- c. *Retira*. Usted es libre de retirarse de la entrevista en cualquier etapa de esta, y puede no responder algunas preguntas, si así lo desea. Si desea retirarse de la entrevista, puede hacerlo inmediatamente y sin perjuicio de sus intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de World Learning y verificar sus políticas en Investigación con Sujetos Humanos en Research & Ethics in Field Study & Internships- SIT Study Abroad, ocontactar al Director Académico del Programa Dr. Daniel Poblete.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de mi proyecto, por favor contactame al numero de telefono o, al correo electrónico.

Por favor firme abajo si está de acuerdo en participar en esta entrevista, y admite tener 18 años o más.

Nombre y firma del entrevistado o entrevistada: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la entrevistadora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo B: Preguntas para Encargados(as) del Programa Migrante

### *Preguntas para Trabajadores de Salud encargados del Programa Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes*

1. ¿Cuáles son algunas responsabilidades que usted tiene como encargado del programa?
2. ¿Cuáles son los datos demográficos de la población migrante que atiende el programa?
  - a. Nacionalidad
  - b. Género
  - c. Situación regular o irregular
  - d. Aproximadamente, cuál sería el porcentaje de mujeres inmigrantes irregulares (MINI) ?
3. En el programa, ¿cuáles son los recursos que dan para inmigrantes y MINI?
  - a. ¿Cómo hacen ustedes para que estos recursos sean accesibles a la población migrante? ¿Cómo se les da a conocer los recursos a las MINI?
  - b. Sabe usted si cuando ellas acceden a estos recursos ¿lo escucharon a través de los centros de salud u otras organizaciones?
4. ¿Usted piensa que estos recursos son suficientes y adecuados para ellas? Por qué?
  - a. [Si no] ¿Qué cosas piensas que pueden mejorar?
  - b. {Sí sí} ¿Qué cosas piensas que sirven?
5. ¿Cuáles son los desafíos que ustedes están enfrentando y quieren solucionar en términos de los recursos, la accesibilidad, y el acercamiento a inmigrantes/MINIs?
  - a. ¿Están buscando maneras de cómo sobrepasar estas brechas?
6. ¿Qué problemas de salud se ven más entre las mujeres migrantes?
  - a. ¿Sabe qué determinantes sociales (nivel socioeconómico, ocupación, etc.) posiblemente puede estar causando estas enfermedades?
  - b. ¿Las mujeres van frecuentemente a atenderse por las enfermedades?
    - i. [Si no] ¿Qué determinantes sociales cree usted que están obstaculizando el acceso constante a la atención de salud?

## Anexo C: Preguntas para Trabajadores de Salud

### *Preguntas para Trabajadores de Salud*

1. ¿Cuáles son algunas responsabilidades que usted tiene como trabajador de salud?
2. ¿Usted trabaja con inmigrantes?
  - a. ¿Conoce los datos demográficos de la población migrante que atiende? (Nacionalidad, Situación Migratoria, Género)
  - b. ¿Atiende a MINI?
3. ¿Qué recursos ofrecen para ellas? ¿Cómo los dan a conocer, cuáles son los métodos de acercamiento?
  - a. Sabe usted si cuando ellas acceden a estos recursos ¿lo escucharon a través de los centros de salud u otras organizaciones?
4. ¿Usted piensa que estos recursos son suficientes y adecuados para ellas? Por qué?
  - a. [Si no] ¿Qué cosas piensas que pueden mejorar?
  - b. {Sí sí} ¿Qué cosas piensas que sirven?

5. ¿Cuáles son los desafíos que ustedes están enfrentando y quieren solucionar en términos de los recursos, la accesibilidad, y el acercamiento a inmigrantes/MINIs?
  - a. ¿Están buscando maneras de cómo sobrepasar estas brechas?
6. ¿Qué problemas de acceso usted ve que es común entre las mujeres inmigrantes irregulares?
  - a. ¿Sabe qué determinantes sociales (nivel socioeconómico, ocupación, etc.) posiblemente puede estar causando la dificultad de acceder los servicios?
  - b. ¿Las mujeres van frecuentemente a atenderse para las enfermedades?
    - i. [Si no] ¿Qué determinantes sociales cree usted que están obstaculizando el acceso constante a la atención de salud?

#### **Anexo D: Preguntas para Mujeres Migrantes**

##### *Preguntas para las Mujeres*

1. Preguntas relacionadas a su identidad
  - a. Nacionalidad peruan peruana
  - b. Edad 27 22
  - c. ¿Se considera afrodescendiente? ¿Tiene pertenencia a un grupo indígena? no
  - d. Situación Migratoria- regular o irregular, tiempo de permanencia en el país, como ingreso a Chile?
2. ¿Usted utiliza los recursos que ofrecen los centros de salud?
  - a. [Sí sí] ¿Cómo conoció estos recursos?
  - b. [Si no] ¿Por qué no los utiliza?
3. ¿Siente que los recursos ofrecidos por los centros son adecuados, accesibles, y efectivos?
  - a. ¿Por qué? (Qué funciona, qué no funciona, qué cambiaría o añadiría)
4. ¿Usted utiliza los servicios de salud frecuentemente?
  - a. En qué instancias, ha visto perjudicado el acceso a la salud , por cuales de estos motivos, económico, social, familiar personal, explique.
  - b. ¿Cuál ha sido su experiencia con los trabajadores de salud?
    - i. ¿Esto ha afectado la frecuencia con que va a los centros de salud?
5. ¿Cómo nota usted que su nacionalidad, género, siendo afrodescendiente/perteneciendo a un grupo indígena, y/o situación migratoria afecta el acceso y el tratamiento que recibe en el sistema de salud?
6. Si pudiera ¿qué le diría al gobierno y a los centros de salud sobre su sistema de salud y los recursos que ofrecen para las mujeres inmigrantes irregulares?

#### **Anexo E: Entrevista con Trabajadora Social**

(No son incluidos en esta versión digital, por confidencialidad).