

ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE MIGRANTES Y PERSONAL DE SALUD EN ANTOFAGASTA, CHILE

PRIMARY HEALTHCARE ACCESSIBILITY FROM THE PERSPECTIVE OF
MIGRANTS AND HEALTH PROFESSIONALS IN ANTOFAGASTA, CHILE

ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A
PERSPECTIVA DE MIGRANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
ANTOFAGASTA, CHILE

CONSUELO CRUZ-RIVEROS*

DIEGO PORTILLA-SAAVEDRA**

SIU-LIN LAY-LISBOA***

CONSTANZA MARDONES-MACAYA****

CAMILA MACAYA-SANZANA*****

LESLIE VIDAL-SAAVEDRA*****

RESUMEN

Objetivo: Analizar los discursos y experiencias sobre la percepción de la accesibilidad a la atención primaria de salud desde la perspectiva de personas migrantes internacionales y el personal de salud en Antofagasta, zona norte de Chile. Material y Método: Estudio con enfoque cualitativo y diseño de tipo fenomenológico descriptivo; participaron 14 residentes de la comuna de Antofagasta durante el 2021, siete migrantes internacionales y 7 trabajadores de la atención primaria de salud. El muestreo fue no probabilístico por bola de nieve y la selección se realizó mediante participantes semilla. Resultados: Las categorías que presentan las personas migrantes son: 1) Accesibilidad Horaria, con subdimensiones: elementos del sistema y elementos del usuario;

*Enfermera, Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2777-1396> Email: consssu@gmail.com. Autora de correspondencia

**Psicólogo, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5465-0629> Email: diego.portilla@gmail.com

***Psicóloga, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9294-4337> Email: slay@ucn.cl

****Estudiante de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4653-454X> Email: constanzamardones19@gmail.com

*****Estudiante de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile. <https://orcid.org/0009-0006-3041-7984> Email: macayacamila5@gmail.com

*****Estudiante de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8620-3131> Email: leslievidalsaavedra@gmail.com

2) Peligros Percibidos; 3) Discriminación, con subdimensiones: trato al usuario y disponibilidad de servicios; 4) Accesibilidad a la Información. Desde el personal de salud las categorías fueron: 1) Accesibilidad Horaria; 2) Peligros Percibidos; 3) Facilitadores en Salud. Conclusión: Existe una brecha entre la población migrante y el personal de salud, que no permite una óptima atención y accesibilidad, esto por la ausencia de capacitación, limitación de recursos y concientización.

Palabras clave: Migrantes; Migrantes internacionales; Derecho a la salud; Atención a la salud; Salud en Chile; Accesibilidad.

ABSTRACT

Objective: To analyze the discourses and experiences regarding the perception of accessibility to primary healthcare from the perspective of international migrants and healthcare professionals in Antofagasta, northern Chile. Material and Method: A qualitative approach study with a descriptive phenomenological design, the sample consisted of 14 participants from the city of Antofagasta in the year 2021: 7 international migrants and 7 primary healthcare professionals. Non-probability sampling was used. The snowball method was used to select participants through seed participants. Results: The categories expressed by the migrants were: 1) Timely accessibility with the sub-dimensions: system elements and user elements; 2) Perceived hazards; 3) Discrimination with the sub-dimensions: user service and availability of services; 4) Information availability. From the health professionals' perspective, the categories were: 1) Timely accessibility; 2) Perceived hazards; 3) Health facilitators. Conclusion: There is a gap between the migrant population and healthcare professionals, which hinders optimal care and accessibility. This is attributed to lack of training, limited resources and awareness.

Key words: Migrants; International Migrants; Right to Health; Healthcare; Health in Chile; Accessibility.

RESUMO

Objetivo: Analisar os discursos e experiências sobre a percepção da acessibilidade aos cuidados de saúde primários, do ponto de vista de pessoas migrantes internacionais e profissionais de saúde, em Antofagasta, região norte do Chile. Material e Método: Estudo com uma abordagem qualitativa e desenho fenomenológico descritivo. 14 residentes na cidade de Antofagasta participaram durante o ano de 2021: 7 migrantes internacionais e 7 profissionais de saúde primária. O tipo de amostra foi não probabilístico e a amostragem foi feita com o método bola de neve e a seleção foi conduzida por participantes semente. Resultados: As categorias apresentadas pelos migrantes são: 1) Acessibilidade horária, com as subdimensões: elementos do sistema e elementos do usuário; 2) Perigos percebidos; 3) Discriminação, com as subdimensões: tratamento do usuário e disponibilidade de serviços; 4) Acessibilidade de informações. Para os profissionais de saúde, as categorias foram: 1) Acessibilidade horária; 2) Perigos percebidos; 3) Facilitadores de saúde. Conclusão: Existe uma lacuna entre a população migrante e os profissionais de saúde que não permite uma atenção e acessibilidade ótimas, devido à falta de formação, limitações de recursos e conscientização.

Palavras-chave: Migrantes; Migrantes Internacionais; Direito à Saúde; Cuidados de Saúde; Saúde no Chile; Acessibilidade.

Fecha de recepción: 21/04/2023

Fecha de aceptación: 13/11/2023

INTRODUCCIÓN

La migración como hecho histórico, ha acompañado al ser humano desde sus inicios⁽¹⁾. En particular, la migración internacional ha sido definida por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) como “el traslado fuera de su lugar de residencia habitual, a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones”⁽²⁾. Generalmente sus causas se asocian a conflictos políticos, guerras, catástrofes naturales o pobreza en un país, por lo cual la población se ve en la obligación de buscar nuevas oportunidades y satisfacer sus necesidades en otro país⁽³⁻⁵⁾. Esto cobra relevancia cuando se visualizan las cifras asociadas a este fenómeno. Por ejemplo, el Informe sobre las migraciones en el mundo 2022 de la OIM, expuso que existen 281 millones de personas migrantes internacionales en el mundo en el año 2020, correspondiendo al 3,6% de la población mundial⁽⁶⁾.

En Latinoamérica, uno de los principales países receptores de población migrante es Chile, el cual, desde la década de los 90s, ha presentado un flujo creciente de personas. Algunas de las causales que han promovido esta migración han sido la búsqueda de estabilidad económica y/o política, disminución de indicadores de pobreza, entre otras⁽⁷⁾. Al 2020 las estadísticas en Chile indican un total de 1.191.601 personas migrantes internacionales (6,2% de la población chilena)^(7,8). En este sentido, las regiones con más cantidad de personas migrantes fueron la Región Metropolitana 230.742 personas, seguida de la Región de Valparaíso con 132.097 personas, y la Región del Bío-bío con 77.216 personas, principalmente migrantes de tipo interregionales, es decir que se mueven dentro de la misma región⁽⁸⁾.

De acuerdo con la Región de Antofagasta, que es la de interés en este estudio, se observa que la población migrante se sitúa en las comunas de esta región, por las distintas oportunidades de trabajo en el contexto minero, construcción y/o servicios financieros. Al año 2020 la población migrante de Antofagasta era de 60.232 personas, un 12% de su población total⁽⁸⁾.

En este marco estadístico, al migrar internacionalmente las personas se enfrentan a diferentes costumbres y culturas, dando paso a países multiculturales, que conviven con la ideología de respeto (la era de la migración)⁽⁹⁻¹¹⁾. Durante el pro-

ceso de adaptación psicosocial, las personas pasan por un cambio de vida que muchas veces condiciona y limita su diario vivir^(12, 13). Esta sumatoria de factores puede actuar como potenciadora tanto de factores favorables o desfavorables en la calidad de vida, siendo un punto crítico la afección del estado de salud, en donde no tan solo se pueden ver afectadas las áreas físicas, sino también psicológicas, específicamente el ámbito emocional, generando en la persona migrante nostalgia y sentimientos de pérdida^(12, 13). A lo anterior, se le pueden agregar las brechas sociales experimentadas, producto de procesos de desigualdad, condiciones desfavorables, tanto en el ámbito laboral como habitacional (campamentos, hacinamiento y saneamiento básico) que se transforman en un ciclo continuo que para resolverlo dependerán del nivel de avance que les ofrezca el Estado receptor⁽¹³⁾.

En este sentido, para hacer frente a estas adversidades, la política pública integral de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁴⁾ señala cuatro elementos que apuntan a resolver las necesidades de este grupo de personas: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad. Respecto a la Accesibilidad, teniendo en cuenta el derecho a la salud, establece la no discriminación, es decir, se garantiza el acceso a los bienes y lugares donde se desarrollen actividades de salud, sin discriminar a una persona por ser indocumentada o porque no pueda responder a los costos asociados al servicio, además del acceso a la información y a la cartera de servicios del establecimiento donde solicita atención⁽⁶⁾. Así, el Estado está comprometido a respetar estos derechos teniendo un sistema de salud equitativo, para que el/la paciente se pueda sentir cómodo/a, conservando una accesibilidad de tipo universal⁽¹¹⁾.

Para cumplir con lo anterior, el personal sanitario debe realizar atenciones con adecuación cultural, con respeto al enfoque de género y a la etapa del ciclo vital^(10, 11), pero aun así, existen limitaciones que impiden la accesibilidad de las personas migrantes internacionales a los servicios sociales, incluidos los servicios de salud^(6, 15).

Con el fin de resguardar el derecho a la salud, el 2008 la OMS establece ciertos lineamientos que permitan asegurar el acceso a los centros sanitarios indicando la necesidad de vigilancia de la salud (normalización, recopilar y comparar datos, facilitar la correcta desagregación),

políticas y marcos jurídicos (leyes que respeten la protección legal sanitaria a partir de normas internacionales), sistema de salud integral, coordinado y económicamente sostenible (cultural y lingüísticamente adecuado, personal sanitario y no sanitario capacitado sobre los problemas de salud relacionados con la migración, garantizar la cooperación y la colaboración intersectorial en el ámbito de la salud de los migrantes)^(6, 7, 10).

A pesar de las normativas vigentes, aún existen limitaciones y brechas estructurales para la utilización de los servicios de las personas migrantes internacionales^(15, 16). Particularmente en Chile, estas se asocian a cobertura de salud, costos de atención, prejuicios y en cuanto al acceso, el 24,7% de las personas migrantes internacionales, que han recibido atención médica en los últimos 3 meses, declaran haber tenido un problema de acceso a la atención de salud^(15, 16).

Considerando los elementos anteriormente expuestos, el objetivo de la presente investigación fue analizar los discursos y experiencias sobre la percepción de la accesibilidad a la atención primaria de salud desde la perspectiva de personas migrantes internacionales y el personal de salud, en Antofagasta, zona norte de Chile. La pregunta orientadora de la investigación fue: ¿Cómo describen la accesibilidad a la atención primaria de salud los migrantes internacionales y el personal de salud?

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Se utilizó un diseño cualitativo, de tipo fenomenológico descriptivo, con la finalidad de visualizar los discursos y significados atribuidos por las personas a las vivencias en torno al acceso a salud⁽¹⁷⁾. Esta metodología permite conocer y entender la conducta de las personas, entendiendo que el presente vivir se encuentra en constante cambio, con variadas características del área de interés⁽¹⁷⁾. Asimismo, de manera paralela, la metodología permitió evidenciar las diversas experiencias de vida por parte del personal de salud seleccionado, pues en las entrevistas se hicieron preguntas abiertas que permitieron rescatar la

subjetividad por parte del emisor⁽¹⁷⁾.

Participantes: Las personas que participaron del estudio fueron 7 migrantes internacionales residentes en la comuna de Antofagasta y 7 trabajadores/as de la atención primaria de salud residentes de la comuna de Antofagasta, durante el 2021. El muestreo fue no probabilístico, por bola de nieve, enfocada en encontrar personas de difícil acceso o pertenecientes a un grupo muy pequeño de la población total⁽¹⁸⁻²⁰⁾. La selección se realizó mediante participantes semilla que, para el caso de las personas migrantes internacionales, fueron los representantes de grupos vecinales y en el caso del personal de salud, los participantes semilla fueron estudiantes titulados de la carrera de Enfermería de una universidad privada del norte. Estos participantes claves cumplieron un papel fundamental en establecer contacto con otros participantes, compartiendo sus experiencias personales y favorecer un entorno de confianza y comodidad.

Los criterios de selección para el personal sanitario consistieron en haber brindado atención a, al menos, una persona migrante internacional, aspecto que se consultaba antes de invitar a participar en el estudio. En el caso de las personas migrantes internacionales, los criterios de inclusión incluyeron haber utilizado los servicios de atención primaria de salud, no presentar alteración cognitiva (como demencia senil u otro tipo), y tener el español como idioma base. Estos elementos fueron considerados en beneficio de respetar los derechos de los participantes. Se excluyó a aquellos que tenían otro idioma de base, como las personas con nacionalidad haitiana, principalmente para garantizar la comprensión adecuada de los documentos y procedimientos del estudio.

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, las personas migrantes internacionales eran todas de sexo femenino, 6 de nacionalidad colombiana y 1 boliviana, la media de edad fue de 46 años y la media del tiempo de residencia fue 6 años (Tabla 1). En el grupo de participantes del personal de salud, también todas eran del sexo femenino, de diversas profesiones, la media de edad fue 32 años y la antigüedad laboral alcanzó una media de 4 años (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de migrantes internacionales, año 2021, Antofagasta, Chile.

Código	Sexo	Edad (años)	Tiempo de residencia	País
EM01	Femenino	36	4 años	Colombia
EM02	Femenino	61	7 años y 8 meses	Colombia
EM03	Femenino	46	6 años	Bolivia
EM04	Femenino	43	7 años	Colombia
EM05	Femenino	38	8 años	Colombia
EM06	Femenino	57	4 años y 6 meses	Colombia
EM07	Femenino	44	8 años y 4 meses	Colombia

Tabla 2. Características sociodemográficas del personal de salud de atención primaria, año 2021, Antofagasta, Chile.

Código	Sexo	Edad (años)	Profesión	Antigüedad laboral (años)
EAPS01	Femenino	36	Psicóloga	11
EAPS02	Femenino	35	Enfermera	1
EAPS03	Femenino	32	Administrativa	2
EAPS04	Femenino	28	Matrona	4
EAPS05	Femenino	31	Enfermera	3
EAPS06	Femenino	31	Psicóloga	2
EAPS07	Femenino	29	Enfermera	4

Procedimiento de recolección de información:

Las entrevistas se realizaron en periodo de crisis social e inicio de pandemia en Chile, por lo cual se debió dar cumplimiento a las normativas vigentes de resguardo y seguridad. Para contactar a los participantes, cada semilla nos entregó posibles participantes a los cuales se contactó mediante correo electrónico previamente elaborado para almacenar información de la investigación (documentación, grabaciones y transcripciones), en donde se les adjuntó el consentimiento informado, el cual debían entregar firmado previo a la entrevista. Posterior a ello se concretó fecha y hora de la entrevista y al comienzo de cada una de ellas se leía el protocolo de investigación haciendo hincapié en la voluntariedad de esta actividad y la posibilidad de abandonar la entrevista si así lo estimaban.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 40 a 60 minutos y se llevaron a cabo tanto de forma presencial como en online, dependiendo del acceso a internet, carga laboral y las regulaciones sanitarias vigentes. El personal sanitario, mayormente debido

a su carga laboral y la situación de contingencia, optó por la modalidad en línea, en cambio, las personas migrantes internacionales prefirieron, en su mayoría, las entrevistas presenciales, aunque algunas también se llevaron a cabo en línea debido a restricciones de tiempo relacionadas con sus responsabilidades laborales. Las entrevistas presenciales fueron fuera del centro de salud, mayormente desarrolladas en los domicilios de las personas participantes.

Las preguntas del guion fueron semiestructuradas, permitiendo con ello profundizar en algunas temáticas. Las preguntas para el grupo de participantes migrantes internacionales utilizadas fueron: ¿Cuáles son los horarios que para usted son más accesibles para ir al centro de salud?, ¿Se ha percatado de peligros a los cuales se exponen al asistir a los centros de salud?, ¿Cuáles son los factores o situaciones que la hacen percibir algún tipo de discriminación por parte del centro de salud? y ¿Cuáles son los factores o situaciones que han facilitado la atención en el centro de salud?

Las preguntas al personal de salud fueron: ¿Cuáles son los horarios que son más accesibles para la población migrante internacional para acudir al centro de salud?, ¿Cuáles son los peligros a los que crees tú, se enfrenta la población migrante internacional al acudir al centro de salud?, ¿Cuáles son los factores que actuarían como barreras en la aplicación de las normativas vigentes sobre el acceso de salud?, ¿Cuáles son los factores que actúan como facilitadores en el acceso a la salud?

Consideraciones éticas: En lo concerniente a aspectos éticos, la investigación fue presentada al comité de ética de la Universidad Católica del Norte (código de protocolo 016/2020 y fecha de aprobación 23 de noviembre de 2021). Los/as participantes firmaron un consentimiento informado previo a las entrevistas, se resguardó total confidencialidad de toda información entregada y para el anonimato los datos de identificación personal fueron reemplazados por un código visible en cada documento (EM o EAPS), tanto para las personas migrantes como para los profesionales de salud en atención primaria respectivamente.

Análisis de los datos: Cada una de las entrevistas fue grabada en formato de audio y transcrita. Posteriormente, llevamos a cabo un análisis temático a través de lecturas repetidas de cada transcripción. Seguidamente, se aplicó una codificación de tipo abierta, centrándonos en identificar las respuestas proporcionadas y rescatar los conceptos principales asociados a cada pregunta. Este proceso se realizó tanto en el grupo de migrantes como en el de personal de salud, permitiendo la identificación de categorías y códigos relevantes.

En el proceso se desarrollaron términos y códigos, agrupados por temas y mostrando categorías emergentes, aunque algunas ya estaban presentes en la literatura. Se realizó un agrupamiento inicial para identificar temas comunes y un filtro de información. Luego, se utilizó la codificación axial para relacionar jerárquicamente categorías y subcategorías, resaltando la importancia de cada código en sus categorías respectivas. Al estudiar dos grupos simultáneamente, se revelaron relaciones y comparaciones entre conjuntos de datos. Este proceso se respaldó con un mapa conceptual que visualiza gráficamente las conexiones y jerarquías identificadas en el análisis.

En la codificación de tipo selectivo se realizó una

distinción de tipo teórica, abarcando los conceptos en ámbitos más generales, de manera que se pudieran integrar las categorías y subcategorías. Se destaca que para ambos grupos la saturación se consideró una vez que se alcanzó la comprensión completa y rica del fenómeno que se estaba investigando⁽²¹⁾. En la práctica fue cuando no emergieron nuevas ideas o categorías relevantes para el estudio, confirmando lo encontrado.

Para asegurar el rigor del análisis se utilizaron los criterios de validez de credibilidad o valor de la verdad y la triangulación, esta última para contrastar diversas fuentes de información narrativa^(22, 23) que, en este estudio en particular, fue para analizar los discursos proporcionados tanto por el personal de salud como por las personas migrantes internacionales.

La confirmabilidad en todo el proceso de investigación se garantizó a través de la supervisión de cada etapa por parte de un investigador experto. Este profesional, de manera paralela a las decisiones tomadas durante la investigación, llegó a conclusiones similares en relación con la saturación de datos. Además, este mismo investigador fue responsable de confirmar los hallazgos obtenidos, fortaleciendo así la validez y objetividad de los resultados^(22, 23).

En cuanto a la posición de los investigadores, se reconoce la influencia de creencias y suposiciones derivadas del contexto cultural y de salud en la zona norte, por lo que, para asegurar la neutralidad, se designó a un investigador experto que supervisó paralelamente, evitando influencias en la interpretación de los datos. La investigadora principal, con participación en estudios similares, aportó su experiencia. La transcripción y análisis involucraron a otros miembros del equipo. La relación con los participantes se caracterizó por la colaboración, permitiendo el acceso a la población gracias a responsabilidades previas de apoyo en salud comunitaria.

RESULTADOS

Las experiencias y discursos de los participantes permitieron analizar distintos aspectos sobre la percepción de accesibilidad a la atención primaria de salud. Las 4 categorías que emergieron de las per-

sonas migrantes internacionales (Figura 1) fueron: 1) Accesibilidad horaria, con dos subdimensiones: **Elementos del sistema**, caracterizado por horarios de atención de funcionamiento del establecimiento y **Elementos del usuario**, que caracteriza a las condiciones laborales limitantes que impiden tener permisos para asistir en los horarios disponibles y de funcionamiento de los centros de salud; 2) Peligros Percibidos, caracterizados por inseguridad durante el traslado al centro de salud en horarios extremos (mañana o noche) por asaltos y robos y el miedo al contagio de covid-19; 3) Discriminación, en donde emergen dos subdimensiones: **Trato al usuario**, enfocado a las atenciones diferenciadas entre po-

blación nativa y extranjera y **Disponibilidad de servicios**, asociada al acceso a la atención; 4) Accesibilidad a la Información, asociada a entrega de información sobre funcionamiento del centro y cartera de servicios.

Las tres categorías encontradas en el personal de salud (Figura 2) fueron: 1) Accesibilidad Horaria, siendo el tema central el horario de funcionamiento; 2) Peligros Percibidos, siendo los robos y asaltos, elementos relevantes y 3) Facilitadores en Salud, caracterizada por la presencia de diversas instancias de apoyo en la atención: facilitadores interculturales y capacitaciones.

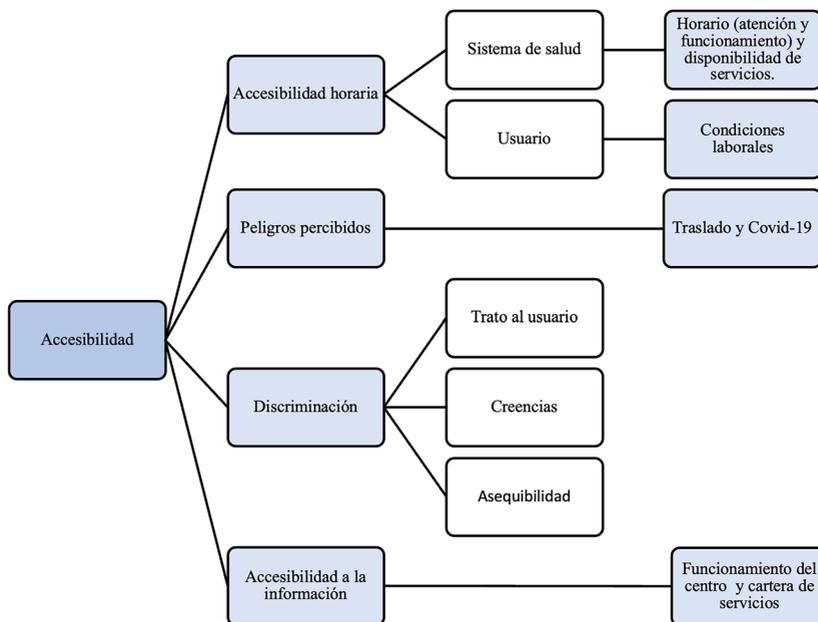


Figura 1. Dimensiones población migrantes internacionales, año 2021, Antofagasta, Chile.

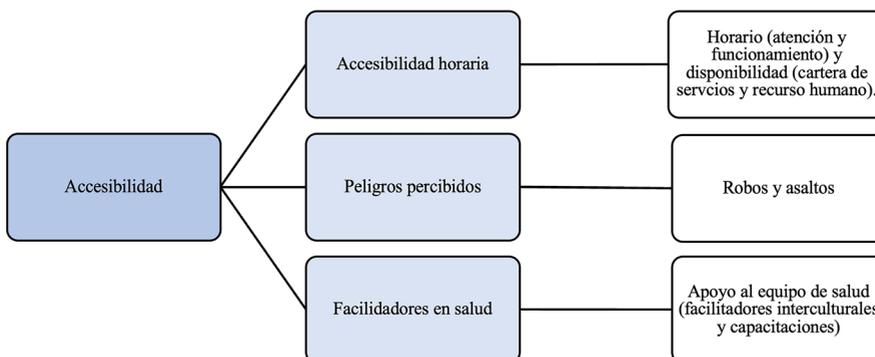


Figura 2. Dimensiones personal de salud en atención primaria, año 2021, Antofagasta, Chile.

Accesibilidad horaria: Las subcategorías que emergen están asociadas a elementos del sistema y usuarios. La primera de ellas, asociada al horario de funcionamiento del establecimiento, en donde la extensión horaria permitía ser atendido por parte del equipo sanitario, tales como: Médicos, Matronas, Enfermeras, Odontólogos, Psicólogos, Técnicos de enfermería de nivel superior y algunos administrativos. Por otra parte, los usuarios destacan que los horarios de la mañana son los utilizados debido a la posibilidad de exámenes y otras prestaciones. A pesar de lo anterior, esto se encuentra condicionado a los permisos laborales que logren obtener. Los discursos de los participantes permiten comprender que las ausencias no necesariamente se deben a una elección libre, sino más bien a la necesidad de mantener un recurso económico:

“... Lo mejor es ir en la mañana, (...) pero ellos que dicen que atienden a los extranjeros después de la 6 de la tarde...” (EM02).

Para el equipo de salud la accesibilidad horaria se refleja en los horarios de mayor flujo de personas migrantes, el cual se produce durante la mañana y el menor flujo de personas durante la tarde, siendo variados los horarios. Cuando no logran atención por consultas, está la posibilidad de atención de urgencia.

“Algunos servicios puntuales, incluía la extensión horaria de enfermera, matrón, nutricionista y esos básicamente ... No siguieron por falta de recursos, porque la extensión horaria igual es plata extra que se paga, entonces o sea igual está disponible, pero también por tema de recursos no se extiende por falta de gente que quiera trabajar en extensión horaria” (EAPS03).

Peligros percibidos: Los participantes migrantes internacionales caracterizan a esta categoría con la inseguridad en la zona, ya sea al salir de sus casas, traslado o alrededores del establecimiento de salud. Indican que la inseguridad se debe a la cantidad de campamentos en donde residen las personas. Sumado a lo anterior, durante la pandemia estaba latente el miedo al contagio por Covid-19. Los migrantes refieren que los asaltos y robos, se encuentran presentes durante el trayecto de la casa hacia el centro de salud, por los lugares en donde comúnmente transitan las personas y el horario de la mañana por la falta de iluminación en la zona. La necesidad de salir de madrugada de sus casas

para alcanzar un número de atención y pedir hora con algún profesional, los expone a la delincuencia. Finalmente, muchos de ellos deciden no asistir a los centros hasta presentar algún problema de agudización de síntomas:

“Sí... hay mucho peligro, porque yo vivo ... al lado de un campamento ... que precisamente a esa hora salen a robar a asaltar a la gente” (EM03).

Por parte del equipo sanitario señalan la percepción de factores de riesgo existentes en la zona geográfica, en donde se encuentra el centro de salud. Lo anterior, debido a la cantidad de campamentos y flujo de personas que llegan a habitar estos lugares. Además, la exposición es constante tanto para los usuarios como para el personal, siendo frecuentes los robos, asaltos y peleas asociadas al consumo problemático de alcohol y drogas. En los discursos de los participantes se refleja el conocimiento de vulnerabilidad económica y social, la cual repercute en la calidad de vida. En resumen, los peligros se asociarían al contexto de inserción del centro de salud, considerando instancias como el traslado de su casa al centro y/o horario de llegada o salida del centro, principalmente de madrugada para conseguir una hora de atención:

“Hay que levantarse muy temprano, (...) yo trabajo en Bonilla y es bien peligroso y es un peligro para ellos y para todos (...) El horario del SAPU porque acuden muy tarde, donde yo trabajo empieza a las cinco de la tarde y dura toda la noche y el salir de noche y la mayoría vive en campamentos, igual ahí hay un peligro porque también como se llama hay mucha delincuencia que se ve de repente, llegan baleados, como que dentro de sus campamentos igual ocurren riñas y llegan con balas” (EAPS06).

Discriminación: Los participantes migrantes internacionales experimentan actos discriminatorios en el sistema sanitario, principalmente desde el personal. La subdimensión Trato al usuario se caracteriza por priorizar a la población nativa frente a la necesidad de atención de migrantes, percibido como despectivo y que favorece la insatisfacción por los servicios. Otro elemento han sido las creencias y expresiones que generalizan a la población colombiana, peruana y boliviana, entre otros. En tercer lugar, se encuentra la asequibilidad asociada al costo de atenciones que en ocasiones no permite adquirir o acceder a la atención. Un elemento

relevante y positivo en común fue la atención de menores de edad, la cual nunca presenta obstáculos: *“... Atención más rápida, a ver cuándo he ido con mi hijo me lo han atendido rápido, cuando voy con un menor de edad...”* (EM06).

“Uno se expone, porque yo vivo en el campamento Rayito de Sol y hay que bajar todo María Elena y pasar por la zona roja, y es una zona donde uno sale a las 5 de la mañana, es muy oscuro” (EM05).

Accesibilidad de la información: En los discursos de las participantes se señala la disponibilidad del personal para entregar información sobre el funcionamiento de los programas y del sistema de salud. Lo anterior permite la continuidad de sus cuidados, que favorece adherencia al tratamiento y una buena percepción del servicio recibido:

“El diagnóstico que tengo de crónico, es por donde más me han apoyado, porque es como una ley aquí en el país” (EM01).

Facilitadores en Salud: El personal de salud expresa lo importante de contar con el facilitador intercultural, quien entrega capacitaciones a los integrantes del equipo sobre el enfoque de interculturalidad y la adecuación cultural en las atenciones a usuarios migrantes internacionales:

“Los facilitadores yo encuentro que nos capacitan, lo malo es que a veces los funcionarios cambian mucho, (...) Y las capacitaciones se realizan una vez al año” (EAPS01).

DISCUSIÓN

Los discursos de los participantes, tanto del grupo de migrantes internacionales como del equipo de salud, revelaron diversos factores que intervienen en la accesibilidad a los servicios de atención primaria de salud. Entre estos factores, se destacan aspectos como el trato al usuario, las creencias, las diferencias en el trato y la disponibilidad de la cartera de servicios, tanto para personas nativas como para migrantes internacionales. Asimismo, se observó la importancia de la entrega de información y la presencia de facilitadores en salud. Estos elementos permitieron analizar las múltiples dimensiones que componen la accesibilidad, actuando, ya sea como barreras o facilitadores en la utilización de los servicios de atención primaria de salud. Cabe

resaltar que estos elementos no solo provienen del sistema de salud, sino también de las características individuales y las condiciones vivenciadas en el país de residencia.

Los hallazgos de este estudio son pertinentes a los encontrados en la literatura en donde los factores que actúan como barreras incluyen los tiempos de espera para recibir atención, los costos de la atención médica, previsión de salud, las barreras logísticas, el desconocimiento de la población migrante sobre el funcionamiento de las ayudas sociales gubernamentales y sus derechos garantizados, las creencias, prejuicios, discriminación, la falta de información sobre el funcionamiento de los centros de salud, cartera de servicios limitada y no existencia de adecuación cultural o idiomática^(15, 24, 25-29). Por otro lado, algunos de los factores que actúan como facilitadores incluyen las políticas de salud vigentes, pero que además se lleven a la práctica en los centros de salud, la protección financiera en la atención en salud dentro del sistema de salud público para personas migrantes con situación migratoria irregular y la sensibilización y capacitación del personal sanitario sobre protocolos y normativas vigentes^(15, 28).

La OMS establece que la accesibilidad, esencial para el derecho a la salud, implica la disponibilidad de bienes y servicios, con la no discriminación como elemento central. Busca garantizar un acceso equitativo y oportuno a la atención para migrantes internacionales, considerando aspectos económicos, estado migratorio y accesibilidad en información, horarios y ubicación^(6, 11, 14, 24-26).

La existencia de barreras en el acceso a la atención médica puede entorpecer la interacción intercultural entre el personal sanitario y los usuarios, generando servicios que no abordan las necesidades reales de las personas^(15, 24, 25). Desafortunadamente, investigaciones recientes indican la persistencia de limitaciones en la implementación de mejoras en los centros de salud, centrándose en la comprensión de los conocimientos del personal y los recursos económicos disponibles para realizar las mejoras necesarias^(7, 24-26).

Entre las estrategias implementadas, en la actualidad, se encuentra el abordaje en estudiantes de pregrado en el área salud sobre el enfoque intercultural en las atenciones de salud, siendo un elemento base la visualización del otro como ser humano para la generación de cuidados centrados

en las necesidades de la persona⁽³⁰⁾.

A pesar de los lineamientos y diversas estrategias, la existencia de déficit de recursos económicos en salud, en ocasiones desencadena falencias en el sistema, tales como dificultades para contratación de recurso humano, generación de programas de capacitaciones, además de imposibilitar las mejoras de infraestructura y equipamiento^(31, 32). Lo anterior, se relaciona directamente con la disponibilidad de los servicios necesarios en la accesibilidad⁽¹⁴⁾. A pesar de ello, los factores relacionados con el comportamiento humano visualizado se enmarcan en la voluntariedad, los prejuicios y actos discriminatorios que requieren un abordaje profundo del personal, enfocado a lograr la satisfacción usuaria de las personas migrantes internacionales^(26, 32).

Los hallazgos de esta investigación complementan y fortalecen los estudios previos sobre la accesibilidad al sistema de salud para migrantes internacionales en Chile. La situación actual en torno a la discusión sobre migraciones y extranjería, ha destacado la importancia de un sistema sensible a las personas migrantes, que garantice la accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud⁽³³⁻³⁵⁾. Sin embargo, se ha identificado que existen barreras significativas, como la falta de servicios adaptados a las necesidades físicas y mentales de los migrantes, y el estado migratorio, que puede generar brechas en las políticas públicas y en el acceso a la atención médica^(27, 29).

Las limitaciones del estudio abarcan la muestra limitada a una zona geográfica determinada y el difícil acceso.

CONCLUSIÓN

La accesibilidad a los servicios de atención primaria de la salud fue descrita por los migrantes como dificultosa, insegura, restringida por sus reducidos horarios y que presenta falta de recursos destinados a los servicios de atención que también limita la accesibilidad. El personal de salud describió la accesibilidad como riesgosa y limitada por la escasez de recursos monetarios, esto restringe el número de personas que conforma el equipo de salud, la frecuencia de capacitaciones realizadas, disminuyendo la información entregada al personal de salud y a los usuarios.

Los hallazgos obtenidos en este estudio permiten reafirmar la importancia de la formación ética de los profesionales de la salud, para así entregar cuidados fundamentados en los derechos fundamentales y los lineamientos internacionales vigentes.

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Conflictos de intereses: Las autoras declaran que no tienen ningún conflicto de interés potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

REFERENCIAS

1. Lotero-Echeverri G, Pérez-Rodríguez MA. Migraciones en la sociedad contemporánea: Correlación entre migración y desarrollo. Retos [Internet]. 2019 [citado 17 nov 2022]; 9(17): 145-159. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/retos/v9n17/1390-6291-Retos-9-17-000145.pdf>
2. International Organization for Migration. Términos fundamentales sobre migración [Internet]. [citado 1 dic 2023]. Disponible en: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
3. Aruj RS. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. Papeles Poblac [Internet]. 2008 [citado 15 sep 2022]; 14(55): 95-116. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v14n55/v14n55a5.pdf>
4. OIM. Informe sobre las migraciones en el mundo 2022 [Internet]. 2022 [citado 15 sep 2022]. Disponible en: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES>
5. Cano V, Soffia M. Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. Papeles Poblac [Internet]. 2009 [citado 15 sep 2022]; 15(61): 129-67. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v15n61/v15n61a7.pdf>
6. IOM/OMS/NU. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. 2013 [citado 1 sep 2022]; Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
7. Ministerio de Salud. Política de salud de migrantes internacionales [Internet]. 2018 [citado 1 sep 2022] Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
8. AdPrensa. El 74,5% de las personas extranjeras que viven en Chile se concentra en 42 comunas: las principales son Santiago, Antofagasta e Independencia [Internet]. 15 junio 2020 [citado

- 1 sep 2022. Disponible en: <https://www.adprensa.cl/cronica/el-745-de-las-personas-extranjeras-que-viven-en-chile-se-concentra-en-42-comunas-las-principales-son-santiago-antofagasta-e-independencia/>
9. Barabas A. Multiculturalismo, pluralismo cultural e interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios [Internet]. 2014 [citado 1 sep 2022]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/configuracoes/2219>
 10. OPS/OMS. Salud Universal [Internet]. 2022 [citado 29 sep 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
 11. OMS. Salud y derechos humanos [Internet]. 2017 [citado 29 sep 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
 12. Falcón MT. La migración y sus efectos en la cultura, de Yerko Castro Neira. Sociológica (mex) [Internet]. 2012 [citado 2022 sep 29]; 27(77). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000300010
 13. López-Morales E, Flores PP, Orozco RH. Inmigrantes en campamentos en Chile: ¿mecanismo de integración o efecto de exclusión? Rev INVI (Impresa) [Internet]. 2018 [citado 2022 sep 29]; 33(94): 161-187. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582018000300161>
 14. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet] 2017 [citado 18 dic 2022]; 55(1): 82-89. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754
 15. Minsal. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud [Internet]. 2017 [citado 17 nov 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf
 16. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Casen en Pandemia. Observatorio Social [Internet]. 2020 [citado 9 ene 2022]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>
 17. Fuster GDE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propós represent [Internet]. 2019 [citado 5 oct 2022]; 7(1): 201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
 18. Ruiz DA, Morillo L. Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada [Internet]. 1.ª edición. Editorial Médica Panamericana, 2004. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2UN-khOULakC&oi=fnd&pg=PA129&dq=muestreo+bola+de+nieve+&ots=KuPxG0cw-F&sig=ev9K7rGuDHMZZieVczGZGa7X0E#v=onepage&q=muestreo%20bola%20bola%20de%20nieve&f=false>
 19. Hernández GO. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Sep [citado 5 oct 2022]; 37(3): e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es
 20. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017 Mar [citado 24 nov 2022]; 35(1): 227-232. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
 21. Sociología Necesaria. El criterio de saturación de la información en investigación cualitativa [Internet]. 2013 [citado 30 nov 2023]. Disponible en: <http://www.sociologianecesaria.com/2013/07/saturacion-informacion-cualitativa.html?m=1>
 22. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [citado 9 nov 2022]; 12(3): 263-274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124948006.pdf>
 23. Rojas BX, Belkis OA. Criterios de Calidad y Rigor en la Metodología Cualitativa [Internet]. RGP [Internet]. 2017 [citado 9 dic 2022]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/337428163>
 24. Fuertes C, Martín LMA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 14 dic 2022]; 29(Suppl 1): 9-25. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s1/original1.pdf>
 25. Correa-Betancoür M. Profesionales de enfermería y el cuidado de migrantes internacionales en Chile: rol de la competencia cultural. Cienc enferm [Internet]. 2019 [citado 14 dic 2022]; 25: 14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100102>
 26. Astorga-Pinto SM, Cabieses B, Carreño CA, McIntyre AM. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. Rev Inst Salud Pública Chile [Internet]. 2019 [citado 30 nov 2023]; 3(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34052/rispch.v3i1.49>
 27. Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Carreño A, Stefoni C, Pérez C. Acceso a servicios de salud para personas migrantes internacionales durante la pandemia por COVID-19: estudio cualitativo. Rev esc enferm USP [Internet]. 2023 [citado 30

- nov 2023]; 57(spe). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0443es>
28. OMS. Salud de los refugiados y migrantes [Internet]. 2022 [citado 30 nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
 29. OPS/OMS. Salud de los migrantes internacionales - Sistemas de salud: Calidad de la atención [Internet]. 2022 [citado 30 nov 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-migrantes-internacionales-sistemas-salud-calidad-atencion>
 30. Sánchez-Ojeda A, Navarro-Prado S, Martín-Salvador A, Luque-Vara T, Fernández-Gómez E, Plaza Del PF. Nursing Students' Attitudes towards Immigrants' Social Rights. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2020 [citado 14 dic 2022]; 17(23): 8875. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17238875>
 31. MINSAL. Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030 [Internet]. 2022 [citado 15 dic 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
 32. Vera MG, Merighi MAB, Conz CA, Da Silva MH, Des Jesus MCP, González LAM. Primary health care: the experience of nurses. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018 [citado 14 dic 2022]; 71(suppl 1): 531-537. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0244>
 33. Marín M. Cuando la ley se queda corta: la accesibilidad al sistema de salud para las personas migradas en Chile [Internet]. 2020 [citado 30 nov 2023]. Disponible en: <https://uchile.cl/noticias/169714/la-accesibilidad-al-sistema-de-salud-para-las-y-los-migrantes>
 34. Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales [Internet]. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo; Programa de Estudios Sociales en Salud; 2021 [citado 17 dic 2023]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/items/e382ad66-ecd3-4b71-805c-565aa1a4112c>
 35. Wiff JI, Benítez AF, González MP, Padilla C, Chepo M, Leyva FR. Política de salud de migrantes internacionales en Chile, 2014-2017. *Int Dev Pol* [Internet]. 2022 [citado 30 nov 2023]; (14). Disponible en: <https://doi.org/10.4000/poldev.4980>

