

EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN EL ACCESO A LA SALUD EN PUNTA ARENAS, CHILE

Mackarena Alejandra Antilef Ojeda¹ 
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos² 
Patrícia da Rosa Damiani² 

¹Universidad de Magallanes, Programa de Pós-graduação de Vinculação. Punta Arenas, Chile.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN

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

Método: estudio de enfoque cualitativo, exploratório, descriptivo, en el cual participaron 13 mujeres inmigrantes. La recolección de datos se realizó entre marzo y julio de 2019, a través de cuatro grupos focales distintos. Se ejecutó un análisis de tipo temático.

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

Conclusión: en general, se requiere de educación a la población inmigrante sobre sus derechos y deberes como usuario del sistema de salud.

DESCRIPTORES: Mujeres. Atención integral de salud. Servicios de salud para mujeres. Emigrantes e inmigrantes. Sociedad receptora de migrantes. Enfermería.

CÓMO CITAR: Ojeda MAA, Santos EKA, Damiani PR. Experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud en Punta Arenas, Chile. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acceso AÑO MES DIA]; 29(Spe):e20190276. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0276>

EXPERIENCES OF IMMIGRANT WOMEN ACCESSING HEALTH CARE IN PUNTA ARENAS, CHILE

ABSTRACT

Objective: to understand the experience of immigrant women on access to health care in the city of Punta Arenas, Chile.

Method: a qualitative, exploratory, and descriptive approach study, in which 13 immigrant women took part. Data collection was carried out between March and July 2019, through four different focus groups. A thematic analysis was carried out.

Results: from the analysis of the participants' narratives, the following categories emerged, detailed and analyzed in the light of other studies related to the theme: Use of the health services; Satisfaction in using the health services, and Obstacles to the use of the health services.

Conclusion: in general, the immigrant population is required to know about their rights and duties as users of the health system.

DESCRIPTORS: Women. Comprehensive health care. Women's health services. Emigrants and Immigrants. Migrant receiving society. Nursing.

EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES IMIGRANTES NO ACESSO À SAÚDE EM PUNTA ARENAS, CHILE

RESUMO

Objetivo: compreender a experiência das mulheres imigrantes sobre o acesso à saúde na cidade de Punta Arenas, no Chile.

Método: estudo qualitativo, exploratório, de abordagem descritiva, no qual participaram 13 mulheres imigrantes. A coleta de dados ocorreu entre março e julho de 2019, por meio de quatro grupos focais diferentes. Foi realizada uma análise temática.

Resultados: a partir da análise das narrativas dos participantes, emergiram as categorias analisadas à luz de outros estudos relacionados ao tema: Uso dos serviços de saúde; Satisfação no uso dos serviços de saúde e Barreiras ao uso dos serviços de saúde.

Conclusão: Em geral, é necessário promover a educação da população imigrante sobre seus direitos e deveres como usuários do sistema de saúde.

DESCRITORES: Mulheres. Atenção integral de saúde. Serviços de saúde para mulheres. Emigrantes e imigrantes. Sociedade receptora de migrantes. Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

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

El estudio definió como multidimensional el concepto de acceso, relacionando la interacción constante de los sistemas de salud con los individuos, donde los factores de disponibilidad, aceptación y acceso se encuentran en una interacción continua que afecta la salud de la sociedad.¹

Chile tiene un sistema de atención de salud de acceso mixto, donde los servicios están disponibles para la población de forma gratuita y también privada.² El acceso a la salud, a través de la atención y los exámenes, son realizados por varias redes de salud pública y privada. En estos espacios hay una gran variedad de profesionales de las más diversas especialidades organizadas sistemáticamente en todo el territorio nacional.

La amplia cobertura de la atención de salud brinda a la población un acceso en su mayoría universal, enfatizando que estos servicios pueden ser públicos o privados. Se considera que esta red de atención cubre todo el territorio nacional.³

Entre los determinantes sociales está la migración, puesto que cuando existe un cambio significativo de territorio y cultura también existe la diversidad y las divergencias de la nueva residencia. Estas diferencias pueden reflejarse directamente en las condiciones de vida de esta población, así como en su salud, y es necesario revertir esta situación a través de políticas públicas. Esta diversificación en cuanto a migración también refleja cambios, no solo individuales, sino también familiares y en la comunidad en la que se inserta.⁴ Las evidencias científicas han identificado niveles significativos de vulnerabilidad en torno a la ocurrencia migratoria de los últimos años,² aspecto extremadamente relevante para los gobiernos e instituciones que reciben inmigrantes en su vida diaria. Sin embargo, los retornos sociales identificados en esta población están más fuertemente relacionados con los sistemas de salud, lo que intensifica la importancia de la atención a la salud y genera importantes impactos en la calidad de vida de estas personas.⁵

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

Recientemente, ha habido un aumento significativo en la participación de las mujeres en los procesos migratorios, siguiendo un papel activo en el desarrollo de los gobiernos, permitiendo la identificación de los efectos migratorios en ciertas regiones. Otro hecho significativo es la visualización de estas mujeres desde una perspectiva de género, investigando las posibles interiorizaciones desde su contexto de origen hasta la nueva ubicación de inmersión. Esto demuestra el deber de investigar si su migración está involucrada con posibles estereotipos sociales, redes de tráfico, prostitución, explotación sexual y / o trabajo. Estos factores también arrojan luz sobre la importancia de garantizar la igualdad de género para las mujeres y evitar cualquier dificultad para reducir el mercado laboral perjudicando su calidad de vida después de cambiar la nacionalidad y las diferencias en las culturas cotidianas.⁶ En Chile las mujeres inmigrantes representan un 67.6% de la tasa de ocupación, 20 puntos porcentuales superior a la de las mujeres chilenas con un 46.8%.⁷

Un reporte migratorio de Chile establece a través del otorgamiento de permisos de permanencia definitiva y visas temporales entre los años 2005 y 2016 que; 323.325 personas obtuvieron un permiso definitivo para vivir en Chile aumentando de 17.085 en 2010 a 53.188 en el año 2016, teniendo un importante crecimiento al otorgar este permiso a inmigrantes provenientes de Colombia, Venezuela y Haití, los inmigrantes residen principalmente en las regiones Metropolitanas, Antofagasta y Tarapacá.

Magallanes acoge al 0.6% (1806 personas) de inmigrantes con permiso definitivo. En lo que refiere al sexo nacional el 53.3% es femenino y la edad que predomina es de 30 a 44 años.⁸

En Punta Arenas, existe una clara feminización de la migración con 54.5% de un total de 3.039 inmigrantes provenientes principalmente de Colombia 39%, Venezuela 17%, Argentina 11% y Paraguay 8%.⁹ Las actividades desempeñadas principalmente por los inmigrantes sin diferencia de género son empleados (dependientes), dueñas (os) de casa y estudiantes.¹⁰

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

MÉTODO

La investigación se realizó con abordaje cualitativo, el cual permite describir las experiencias de las mujeres inmigrantes en el acceso a la salud. De carácter descriptivo, por lo que permitió indagar y profundizar un fenómeno levemente estudiado en la región por la considerable migración en la zona.

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

Considerando que el porcentaje de inmigrantes en la región es de 3%, para obtener la muestra, se hicieron contactos con sectores estratégicos para identificar y contactar a mujeres extranjeras de diferentes países. La muestra estuvo constituida por 13 mujeres de nacionalidad Venezolana, Colombiana y Paraguaya. La saturación teórica determinó el tamaño final de la muestra.

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

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

En la recolección de datos fue realizada entre marzo y julio de 2019, donde se identificó la muestra de este estudio en cuatro momentos diferentes, a través de instituciones y organizaciones que tuvieron en contacto con mujeres migrantes, estos fueron los siguientes:

El primer momento de contacto se realizó con la presidenta de la agrupación venezolanos en la Patagonia en Punta Arenas, quien convocó a sus afiliados y se logró acordar la sesión en dependencias de la Universidad de Magallanes.

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

El tercer momento se gestó desde una empresa de aseo que en su mayoría trabaja con mujeres inmigrantes, se contactó vía correo electrónico a la gerente de personas del lugar, luego se sostuvo

una reunión con ella y un segundo representante de dicha empresa, para finalmente poder realizar el grupo de discusión en dependencias del lugar de trabajo donde fueron citadas las participantes.

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

Para identificar estas organizaciones, se estableció contacto principal con la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) y el jefe de los migrantes, quienes identificaron y proporcionaron los contactos de los principales grupos de inmigrantes que viven en Punta Arenas.

Después del contacto directo con inmigrantes que viven en Chile, fue posible identificar las 13 mujeres que cumplieron con los criterios de elegibilidad para su inclusión en este estudio, lo que permitió la formación de cuatro grupos focales distintos y caracteriza la recolección de datos como un todo. De los cuatro grupos focales, tres eran mujeres de Venezuela, Colombia y Paraguay (que consta de 3 participantes cada uno) y el cuarto grupo estaba compuesto sólo por venezolanas y colombianas (compuesto por 4 participantes).

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

Luego de finalizada la sesión, estas fueron transcritas detalladamente para realizar un análisis temático de las mismas y estructuración de los datos. Como referencia metodológica fue utilizada o propuesta por Bardin,¹³ con el objetivo de dar una lectura en profundidad de lo que querían expresar las inmigrantes, recoger las ideas y pensamientos más importantes. Para luego, desarrollar este material en categorías y subcategorías, rescatando el mensaje central de cada experiencia.

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

Las consideraciones éticas se abordaron teniendo como base los siete requisitos universales de la investigación que fue sometido a la evaluación del comité ético científico de la Universidad de Magallanes, Chile, verificando que el estudio cumpla con los criterios éticos que permiten el resguardo de la privacidad, respeto y dignidad de las mujeres.¹³ Todas las participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado previa explicación del objetivo del estudio y su metodología. Se solicitó su autorización para ser grabadas y para la divulgación posterior de los resultados. A cada participante se le asignó un nombre ficticio para resguardar su privacidad.

RESULTADOS

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

Caracterización de las participantes

Las edades de las participantes oscilaron entre 25 y 57 años (Media= 39,7 Desviación estándar [DS]9,1). Aproximadamente el 54% tenía educación media completa, el 23% había completado la educación universitaria, el 38% estaba casada y el 46% se reporta como soltera. El 92% vive con su familia, un familiar directo o solo con su pareja. Solo 1 de las participantes reportó realizar actividades

no remuneradas. El tiempo de residencia en Punta Arenas oscilaba entre 2 y 144 meses (Media=57 y DS= 44,7).

Utilización de los servicios de salud

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

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

El uso de tecnicismo fue relatado en esta investigación, y más que dificultar la utilización, dificulta la comunicación entre la usuaria y el profesional de la salud, los tiempos de espera vividos por ellas y también los relatados por terceros genera cierta incertidumbre a la hora de ellas necesitar esta atención, y por sobre todo el déficit de horas a especialistas médicos genera temor, ya que consideran que si para los nativos es difícil el acceso, para ellas extranjeras lo es aún más. [...] *yo todos los años me hago el examen del cuello uterino y en mi país en 3 a 8 días está listo lo debes ir a buscar y llevar a tu médico [...] yo estoy sorprendida que me dijeron que si salía mal me llamarían [...] ¿será que así funciona aquí? [...] o ¿es porque soy extranjera?* (María). [...] *me dijeron en el consultorio, ¿te has tomado el "PAP"? [...] yo pensé de ¿qué me estará hablando? Me quedé callada y la matrona lo repitió. Yo no entendía de qué está hablando* (Romina). [...] *en mi primer ultrasonido en Chile de mi embarazo el médico me dijo: "destapa tu guatita para que veamos a la guaguaita", me quedé parada por que no entendí que me decía* (Rocío). [...] *en mi país uno espera para cirugía por ejemplo, pero nunca como acá, que no te llaman* (Julia). [...] *en mi país es más accesible encontrar especialista, tienes más variedad, mas acceso* (Lidia). [...] *si uno se llega a enfermar, con una enfermedad tipo cáncer, va ser muy difícil de hacer [...] yo siempre he pensado que si a uno le da una enfermedad grave, se va a tener que ir [...] salir de aquí [...] ¿pero si uno no tiene? Se tiene que limitar a lo que a uno le puedan brindar* (Norma). [...] *lo otro es que aquí tu pides una hora para un especialista, y no te la dan para una semana o quince días no ¡Tres meses, cuatro meses, si de aquí a cuatro meses tengo una ulcera yo ya me desangro!* (Catalina).

Satisfacción en el uso de los servicios de salud

Es conocido que la inmigración propone un ajuste que el sistema sanitario y su personal debe realizar, es el desafío de todo país con una alta tasa de inmigración. Así, esta investigación presenta, que las mujeres inmigrantes catalogan la atención recibida como buena, refiriendo que cuentan con los equipos profesionales, los equipos tecnológicos, medicamentos etc. Lo que destacan es la atención personal que reciben, lo cual les parece regular, relatando experiencias de discriminación,

trato despersonalizado, advirtiendo ciertas diferencias en comparación con los nativos generando desconfianza en la atención brindada.

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

Situaciones vividas por las participantes se refieren al trato e insatisfacciones con el sistema de salud, reportando una atención poco sensible y lejana, lo que provee de desconfianza en la atención. Destaca la figura médica como el profesional de salud más criticado, debido a la lejanía de su atención y la falta de procedimientos médicos básicos que las participantes manifiestan no realizan estos profesionales y que tienden a generar desconfianza e inseguridad en el diagnóstico y tratamiento con calma. [...] *es muy distinta porque yo la mayoría de mis atenciones que he tenido el médico muchas veces no te mira, no sabe el color de tus ojos, llega escribe lo que tienes y te escribe el medicamento 'a qué viene, qué le duele te voy a dar esto' ni siquiera te examina* (Julia). [...] *como dice María tiene toda la razón...tienen equipos, medicina, dental, me puedes hacer casi todo los tipos de exámenes, por eso no me quejo pero la parte del doctor si...no te inspiran confianza*. (Romina). [...] *yo dudo más que hacen con la infraestructura, con buen personal de apoyo, si los médicos no son buenos, me da terror [...] en el naval abrió el cubículo, se asomó 'usted que tienen a ya' en una computadora [...] ese hombre ni me explicó que me estaba mandando y cuando me percaté me dio la espalda* (Rocío).

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

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

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

La presente investigación y en los relatos de las participantes se pudo develar que las mujeres inmigrantes en su totalidad desconocen de las leyes vigentes en el país con respecto a la atención, sólo

un grupo mencionó haber escuchado con respecto a las leyes de la migración. [...] *La verdad es que no se, he escuchado algo de una ley de emergencia* (María). [...] *debe haber, no tengo información, pero debe haber* [...] *porque cuando yo llegué embarazada, me dijeron que si me enfermaba o me sentía mal debía ir al hospital* [...] *debe haber una ley que ampara a la embarazada* (Romina).

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

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

DISCUSIÓN

Las historias de mujeres inmigrantes, que participaron en este estudio, demuestran en sus discursos los caminos para tener acceso a la salud, las dificultades que mencionaron evidencian cómo se debilita este determinante social. En el contexto de la salud, desde la perspectiva de la migración, las dificultades para integrarse en nuevos estilos de vida y entornos se intensifican, también existen grandes vulnerabilidades y riesgos para la salud de estas personas y sus familias.⁴ Dentro de esta dificultad está el acceso a la salud y la utilización de los servicios públicos de urgencia como mayor prestador de servicios de las inmigrantes en su llegada a destino. Lo que el estudio encontró es que las inmigrantes utilizan mayoritariamente los servicios públicos en salud, prefieren utilizar los servicios de urgencia a su llegada al nuevo país.¹⁴ Así mismo la obtención de una tarjeta que los habilite al uso de los servicios sanitarios, es clave en el acceso a la salud,¹⁴⁻¹⁵ al igual que lo referido por las participantes de este estudio.

La automedicación es también una herramienta utilizada por los inmigrantes cuando los síntomas no son importantes.¹⁴ Los migrantes en situación de irregularidad, suelen evadir los mecanismos formales de atención por el miedo a ser deportados, recurriendo a la automedicación.⁵ Lo que también es relatado por las participantes, aunque la automedicación es una práctica que realizan también los nativos del país es importante destacar que esta automedicación se asocia a una serie de dificultades para acceder a los servicios formales.

Las principales dificultades encontradas para la utilización del sistema sanitario están ampliamente descritas y muchas veces se cruzan con las barreras de acceso, pero dentro de las que se pueden encontrar están el idioma, el uso de tecnicismos, los tiempos de espera, el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos.¹⁴⁻¹⁶ Otras dificultades son la complejidad para navegar por el sistema de salud, la dificultad para acceder a especialistas y a la atención de enfermedades diferentes o diagnósticos graves.¹⁷⁻¹⁸ Lo que fue reportado por las participantes es en especial la diferencia de modismos en el marco de la lengua, los tiempos de espera y la falta de especialistas entre los primeros.

En una encuesta realizada en la ciudad de Barcelona, fue posible relacionar la satisfacción de los usuarios de los sistemas de salud. Desde la perspectiva de la atención con inmigrantes se identificó que el 89% de los participantes reportaron atención respetuosa y el 59.4% notó que los inmigrantes fueron discriminados en estos mismos ambientes de salud. En la misma encuesta, datos como el 68.4% de los participantes informaron que las diferencias culturales afectan la calidad de la atención recibida.¹⁹ Estudio que se acerca a la realidad de las participantes, las que reconocen la tecnología presente, pero sí refirieron percepciones de diferencias en el trato y acceso por su condición de inmigrante. Un estudio realizado con inmigrantes en Chile descubrió que las comunidades migrantes no están satisfechas con la atención de la salud, en promedio, el 75% (el 35% eran mujeres) de 89 países migrantes respondieron negativamente a esta evaluación, lo que demuestra su descontento con la atención médica recibida.²⁰

En lo que refiere a la satisfacción de la atención, se encontró en la investigación con algunos estudios en el cual hacen referencia a que el personal administrativo tiene un impacto en la percepción del cómo se proporciona sobre el proceso de acceso al sistema de salud en los centros de atención,¹⁵⁻²¹ lo que es sostenido por los resultados de esta investigación donde el personal administrativo es considerado una barrera para el acceso a la atención de salud.

Un estudio de metodología etnográfica realizado en Chile y que observa las interacciones del personal con los usuarios inmigrantes, identificó que a menudo los funcionarios administrativos desconocen la especificación del fenómeno migratorio y pueden actuar desde su propia perspectiva promoviendo casos de prejuicio y xenofobia. Estas acciones se pueden percibir cuando estos miembros del personal no responden concretamente a las solicitudes del paciente inmigrante, niegan cualquier asistencia y no aceptan su registro por varias razones.²¹ Con respecto al tratamiento y la satisfacción, está claro que no hay contenido disponible sobre este tema en la literatura, mujeres extranjeras, en este sentido hay muchos estudios que abordan directamente la satisfacción de las mujeres en la atención de la salud, como un estudio brasileño que identificó un índice de satisfacción del 84,3% de las mujeres embarazadas con consultas prenatales.²² Sin embargo, solo existen algunos estudios que abordan este tema, pero refiriéndose a encuentros hostiles y discriminatorios por parte de profesionales de la salud al acceder a los servicios de la misma, así como la falta de comprensión y/o aceptación de las diferencias culturales al brindar atención a pacientes inmigrantes.²³

También se destaca que la falta de comunicación efectiva y la atención culturalmente competente corresponden a la barrera más crítica en los encuentros de atención médica. Las interacciones de las mujeres inmigrantes con los proveedores de salud. Varias informantes discutieron la falta de confianza de algunos inmigrantes en los proveedores de atención médica como resultado de experiencias previamente deficientes. Las mujeres inmigrantes atribuyeron la falta de confianza al temor a la discriminación, el rechazo y las barreras del idioma.¹⁷ Además, varias participantes mencionaron una brecha en las expectativas, ya que, en un estado de vulnerabilidad, esperaban una atención más atenta y empática de lo que los proveedores de atención médica estaban dispuestos a brindar.¹⁸ Las mujeres, afirmaron sentirse ignoradas por los médicos simplemente por ser migrantes.¹⁶ De los relatos de las participantes se coincide con lo expuesto pero se ve más reflejada la falta de confianza

hacia los profesionales médicos y temor de expresar sus opiniones, deseos o de exigir la atención que consideran la oportuna y adecuada, consideran latente la posibilidad de sufrir discriminación por el personal de salud.

En lo que refiere al conocimiento del funcionamiento y de las leyes que rigen sobre la protección de derechos a la salud de las personas inmigrantes, el estudio realizado es claro; en lo que respecta al funcionamiento, es dificultoso en un inicio y a pesar de largo tiempo de residencia aún se pueden observar deficiencias de conocimiento y en lo que respecta a las leyes de protección el desconocimiento es absoluto. Así mismo, ocurre en una investigación donde el desconocimiento de cómo funciona el sistema de salud, genera con frecuencia un acceso desigual (ante una misma necesidad) de la población inmigrante, que puede llegar incluso a su exclusión de los servicios de salud.²⁴

La migración, como determinante social de la salud y en su elemento de factores estructurales y políticos, describe la carencia de legislación garante del acceso a la salud y la existencia de políticas que generan barreras y afectan la salud. También se debe considerar el elemento que se relaciona con las condiciones laborales y de vida, como es el menor acceso a salario digno. Estos elementos hacen que las mujeres migrantes tengan un menor uso de los servicios de salud y que sea más dificultoso su acceso. Un estudio donde se observó que los inmigrantes indocumentados prefieren no asistir a los hospitales públicos para atender sus problemas de salud, está fundado en el temor por su condición irregular y por otro lado se encuentra el desconocimiento y la falta de información respecto al derecho a la salud y a su carácter irrestricto y universal que existe en toda ciudad donde se desarrolla la investigación. Se constata una utilización creciente de los servicios públicos de salud en inmigrantes que resuelven su situación migratoria.²⁵

El desconocimiento de sus derechos y del funcionamiento del sistema sanitario fueron reconocidos como importantes barreras para el acceso.²⁶ Dentro de las principales dificultades para acceder al sistema de salud reportadas por inmigrantes está el desconocimiento de la legislación actual y los trámites administrativos requeridos.¹⁴ En uno estudio del año 2016 se describe que las mujeres inmigrantes sintieron que no eran lo suficientemente competentes para promover la salud personal y familiar, ya que tenían acceso y comprensión limitada de la información de salud, carecían de las habilidades necesarias para comunicarse con los proveedores de atención médica, y tenían un conocimiento y confianza insuficientes para tomar decisiones de salud.¹⁷

Existen razones para evitar o interrumpir la búsqueda de salud, puesto que la atención se relaciona principalmente con el temor de los inmigrantes a ser rechazados, la falta de conocimiento sobre los derechos, la organización del sistema de salud y las dificultades para cumplir con las condiciones legales y los procedimientos de acceso. Del mismo modo, las participantes expresaron que la falta de conocimiento sobre las leyes que regulan el acceso a la atención médica y el hecho de ser indocumentadas actuaron como una razón sólida adicional para no acercarse a los centros de atención médica como también temor a ser rechazadas.¹⁵⁻¹⁶

Uno de los estudios señala un fácil y expedito acceso a la salud, este estudio tiene la particularidad de ser realizado en un estado de los EEUU, donde el acceso a la salud es inherente de la situación migratoria, ya que asegura el acceso a todos sus residentes.²³

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

Dentro de las limitaciones que se pueden reportar es la dificultad para realizar la reunión con tres o más inmigrantes, ya que en su mayoría trabajan y luego de esto deben cuidar de sus familiares, por lo que la técnica de la entrevista sería más fácil de realizar para obtener una mayor

cantidad de relatos. Además de complementar las experiencias de las mujeres inmigrantes con la de los hombres inmigrantes y realizar estudios de tipo cuantitativos.

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

Al construir este estudio, se percibió como una limitación la dificultad de contacto con las mujeres extranjeras, considerando que no existen lugares o medios de comunicación específicos para identificarlos. Por lo tanto, también se considera como una limitación el tamaño de muestra deducido de este estudio.

CONCLUSIÓN

A modo general, las experiencias de las mujeres inmigrantes en la ciudad de Punta Arenas han sido mayormente negativas con muchas dificultades en el acceso sanitario, principalmente asociadas a desconocimiento, costos y barreras. Siendo así, el desconocimiento y falta de información proporcionada por los entes gubernamentales que tienen el primer contacto con ellas, una de las principales dificultades para acceder a los servicios sanitarios cuando se requieren y poder navegar por este sistema de salud de mejor forma. En lo que refiere a costos las experiencias vividas por las mujeres inmigrantes no distan de la que viven los nativos, siendo la salud chilena de un alto costo.

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

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

REFERENCIAS

1. Mcintyre D, Thiede MSB. Access as a policy-relevant concept in low and middle income countries. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2009 [acceso 2019 Ago 9];4(2):179-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1744133109004836>.
2. Gattini C, Leiva JA. Salud en Chile 2010: Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Santiago (CL): Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2011 [acceso 2019 Set 1]. Disponible en: <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
3. Observatorio Chileno de Salud Pública. Provisión de servicios asistenciales de salud. Santiago (CL): Escuela de Salud Pública; 2018.

4. Van Der Laat C. La migración como determinante social de la salud. In: Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017. p. 29-38.
5. Cabieses B, Galvez P, Ajraz N. Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Rev Perú med exp salud pública* [Internet]. 2018 [acceso 2019 Jun 9];35(2):285-91. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>.
6. Valencia YP. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *Rev Ces Derecho* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Sept 1];7(2):145-62. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000200011&lng=en&nrm=iso
7. Chile. Población migrante en Chile [Internet]. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2017 [acceso 2019 Jun 8]. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias>
8. Chile. Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional: Inmigrantes principales resultados [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2016 [acceso 2019 Jun 8]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_INMIGRANTES_21122016_EXTENDIDA_publicada.pdf
9. Chile. Población migrante en Chile [Internet]. Santiago: Departamento de extranjería y migración; 2018 [acceso 2019 Jun 8]. Disponible en: <https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>.
10. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Chile). Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2018 [acceso 2019 Jun 8]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_obj.php
11. Instituto Nacional de Estadísticas (Chile). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 [Internet]. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2018 [acceso 2019 Jun 9]. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>
12. Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales (Chile). Índice de Calidad de Vida Urbana Comunas y Ciudades de Chile [Internet]. Santiago (CL): Camara Chilena de la Construcción; 2018 [acceso 2019 Sept 1]. 54 p. Disponible en: http://estudiosurbanos.uc.cl/images/noticias-actividades/2018/Mayo-2018/20180508_ICVU_2018_-_Version_Definitiva.pdf
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP(BR): Edições 70; 2011.
14. Bas-Sarmiento P, Gutiérrez MF, Marín MJA, Ramírez MG. Percepciones y experiencias de acceso a los servicios de salud y su utilización en la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2015 [acceso 2019 Ago 10];29(4):244-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>
15. Pérez-Urdiales I, Goicolea I, Sebastián MS, Irazusta A, Linander I. Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. *Int J Equity Health* [Internet]. 2019 [acceso 2019 Sept 1];18(1):2-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6>.
16. Topa J, Nogueira C, Neves S. Experiences of Brazilian women in maternal health services. *Revista Gênero & Direito* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Jun 9];5(2):25-51. Disponible en: <https://doi.org/10.18351/2179-7137/ged.v5n2p25-51>
17. Tsai TI, Lee SYD. Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. *Int J Enfermeira Stud* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Jun 20]; 54(1):65-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>

18. Czapka EA, Sagbakken M. "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Ago 20];16(1):2-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>
19. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Sept 1];48(3):149-58. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>
20. Vivar XLM. Evaluación de la satisfacción con el sistema de atención de salud de hombres y mujeres migrantes provenientes de Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia y Brasil que habitan en la región metropolitana [tesis]. Santiago (CL): Escuela de Salud Pública: Universidad Mayor; 2011.
21. Greder K, Reina AS. Procuring Health: Experiences of Mexican Immigrant Women in Rural Midwestern Communities. *Qual Health Res* [Internet]. 2019 [acceso 2019 Sept 1];29(9):1334-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049732318816676>.
22. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Prenatal nursing consultation: narratives of pregnant women and nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acceso 2020 Mar 10];28:(e20170544):e20170544. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0544>
23. Lindsay AC, Oliveira MG, Wallington SF, Greaney ML, Machado MM, Pagliuca LMF, et al. Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [acceso 2019 Jul 14];16(1):2-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1723-9>
24. Vásquez ML, Vargas I, Aller MB. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* [Internet]. 2014 [acceso 2019 Jun 30]; 28(Suppl 1):142-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.012>
25. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc* [Internet]. 2013 [acceso 2019 Sept 1]; 22(2):283-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200003>
26. Pérez-Urdiales I, Goicolea I. ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [acceso 2019 Ago 20];50(6):368-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>

NOTAS

ORIGEN DEL ARTÍCULO

Extraído de la disertación - Mujeres inmigrantes: experiencias en el acceso a la salud, presentada al Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, en 2019.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Concepción del estudio: Ojeda MAA, Santos EKA.

Recolección de datos: Ojeda MAA.

Análisis e interpretación de los datos: Ojeda MAA, Santos EKA.

Discusión de los resultados: Ojeda MAA, Santos EKA.

Redacción y / o revisión crítica del contenido: Ojeda MAA, Santos EKA, Damiani PR.

Revisión y aprobación final de la versión final: Ojeda MAA, Santos EKA, Damiani PR.

AGRADECIMIENTO

Los autores desean agradecer a todas las personas que participaron directa o indirectamente en este estudio.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)* - Código de Financiamiento 001.

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile. parecer n. 60/CEC/2018.

CONFLICTO DE INTERESSES

No hay conflicto de intereses

HISTÓRICO

Recibido: 09 de septiembre de 2019.

Aprobado: 16 de marzo de 2020.

AUTOR CORRESPONDIENTE

Patrícia da Rosa Damiani

patriciadamiani@outlook.com