

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE MIGRACIÓN Y SALUD

 PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 4
 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
 MINISTERIO DE SALUD

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Disminución de barreras de accesibilidad y aceptabilidad en el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile.

DIAGNÓSTICO

Existen barreras de accesibilidad y aceptabilidad en el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile

La Observación General N° 14 elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (ONU, 2000), aborda el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, considera que "La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos". En dicha observación se señala que la implementación del derecho a la salud abarca los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas las personas. La disponibilidad y calidad están dados en iguales condiciones que a los nacionales, es decir existen los mismos establecimientos de salud y respuestas sanitarias para todos, como también la calidad (científica) de los servicios en un territorio. En ese contexto, los migrantes internacionales se enfrentan a barreras en el ejercicio del derecho a la salud en mayor medida que los nacionales, específicamente en sus elementos de accesibilidad y aceptabilidad (Liberona, 2015; Cabieses, 2017). Esta evidencia, sumado a los diálogos ciudadanos realizados por MINSAL el 2017, determinaron la inclusión de estos elementos en los lineamientos

de la Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile, que busca establecer un "sistema sensible a las personas migrantes: accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud" (MINSAL, 2017).

De acuerdo con Hirmas (2013) sobre el "Modelo de Tanahashi de Cobertura Efectiva" y la Observación General N° 14, la accesibilidad es el punto ingreso al sistema, el Estado tiene la obligación de entregar los bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, asegurando la accesibilidad física, económica y de la información. En ese sentido, la adscripción a un seguro de salud (previsión de salud) de las personas migrantes internacionales es un indicador trazador de acceso en Chile. De acuerdo a la CASEN 2020, un 4% de los chilenos no posee previsión de salud, cifra que asciende a 11% en la población extranjera, una diferencia de 7 puntos porcentuales (CASEN, 2021), esta brecha se interpreta como una falta de garantía en el acceso, pero también como una brecha en la implementación de derechos fundamentales (CEPAL, 2018). Este menor porcentaje de adscripción previsional en personas migrantes se da independiente del sexo, tramo de edad y región de residencia. Resaltan mayores porcentajes de personas migrantes sin previsión en el tramo de menores de 18 años (14% vs. 4% en los chilenos), el de 18 a 29 años (14% vs. un 5% en locales) y el de mayores de 60 años, donde un 15% no tiene sistema previsional, en relación a un 3% de los chilenos. Según la OMS (2019), los obstáculos para el acceso a los servicios de atención de salud varían de un país a otro; pueden comprender, según los casos: diferencias idiomáticas y culturales, costos elevados, discriminación, trabas administrativas, imposibilidad de afiliarse a los planes locales de financiación de la salud, condiciones de vida adversas, ocupación o bloqueo de territorios y falta de información sobre los derechos en materia de atención sanitaria. En esa línea, los estudios disponibles indican que las barreras de accesibilidad son evaluadas de forma cualitativa, por ejemplo, de acuerdo a Cabieses (2017) y Sepúlveda (2019), al evaluar las brechas de accesibilidad, se da cuenta que se explicarían por falta de información, el desconocimiento del sistema de salud y de cómo funciona, el desconocimiento de los derechos en salud y la oferta programática. También son brechas en el componente de la accesibilidad las brechas en el acceso a inmunización, por desconocimiento de sus derechos o falta de información y orientación desde funcionarios a cargo o las brechas en torno al ingreso tardío a control prenatal de las mujeres migrantes debido al desconocimiento de las prestaciones de salud (Bernaes et al. 2017). Por otro lado, la CASEN 2017 da cuenta de una brecha de acceso porcentual de 2 puntos respecto a no acceso a consulta o atención en caso de enfermedad o accidente, donde la población nacional reporta un 7% de barreras, y la población extranjera un 9%. En esta línea, Astorga-Pinto et al. (2019), plantean que la discriminación que viven los migrantes internacionales por parte de los funcionarios de los centros de salud representa una barrera de acceso, del componente accesibilidad.

Por otro lado, la aceptabilidad se refiere a la obligación del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y adaptados. Lo anterior quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades en su diversidad, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida. En esa línea, Calderón y Saffirio (2017) plantean que la falta de pertinencia cultural de las intervenciones de salud repercute en diversos ámbitos de la atención de salud, siendo uno de estos la adherencia de los migrantes internacionales a la oferta programática de salud. De acuerdo a Cabieses et al. (2021), la barrera más frecuentemente reportada por los migrantes, corresponde a la barrera de aceptabilidad de la atención, asociada a que las personas migrantes fueron atendidas, pero no se sintieron tratadas con respeto a su cultura. Bernales et al. (2017), al entrevistar a trabajadores de salud pública con respecto a los migrantes internacionales, éstos relatan que se enfrentan un mundo culturalmente ajeno y desconocido, como por ejemplo, respecto a las creencias sobre nutrición por parte de la población migrante, o barreras de lenguaje que dificultan la comunicación y pertinencia cultural de la atención. Así, las barreras de accesibilidad y aceptabilidad en el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes internacionales en Chile son relevantes debido a que la población de migrantes internacionales en Chile se ha incrementado y diversificado en los últimos años. De acuerdo

al censo del 2002, la población migrante se estimaba en 184.464 (INE, 2002). A partir de 2010, aumenta la cantidad de migrantes y la diversidad de orígenes y matrices culturales: primero, con inmigración colombiana, que para 2014, según estimación del Departamento de Extranjería y Migración (DEM, 2016), conformaban el cuarto colectivo más presente en Chile. Desde 2015 se incrementan los migrantes internacionales de Haití y Venezuela, consolidándose ambos orígenes como parte de los colectivos más presentes entre las y los extranjeros residentes (SJM, 2021). En los últimos años, e intensificado con las crisis humanitarias y políticas vividas en estos dos países, se han generado movilidades de índole forzosa. Para 2020, con datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2021) y el (DEM), se estimaba que la población extranjera residente en Chile era de 1.462.103 personas, siendo los cinco colectivos principales los de Venezuela (30,7%), Perú (16,3%), Haití (12,5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8,5%).

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022)	Producción estimada 2023 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022)
Campañas de comunicación e información anual	370.000	1.850.000 (Personas que acceden a información actualizada sobre derechos en salud de las personas migrantes internacionales.)	0,20
Plan de capacitación anual	295.000	1.500 (Funcionarios del sector salud certificados en las capacitaciones.)	196,67
Plan de Educación, prevención y promoción de la salud	613.991	7.600 (Personas migrantes internacionales certificadas en derechos en salud.)	80,79
Mediación Intercultural	688.406	5.412 (Mediaciones interculturales con personas migrantes internacionales)	127,20
Gasto Administrativo	48.000		
Total	2.015.397		
Porcentaje gasto administrativo	2%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2023 (cuantificación)
Población Potencial	Personas Migrantes internacionales que viven en todo el territorio nacional, independiente del país de origen o su situación migratoria (regular o irregular).	1.681.418 Personas
Población Objetivo	Personas Migrantes internacionales que viven en todo el territorio nacional, independiente del país de origen o su situación migratoria (regular o irregular) que son titulares de FONASA, al cual se le suma el 15% de estimación de personas migrantes internacionales en situación migratoria irregular, según lo recomendado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2010).	1.286.482 Personas

Población Beneficiaria	<p>La población beneficiada corresponde a las personas que ingresan al programa en un año calendario, se asignarán cupos a todas las regiones hasta agotar los recursos disponibles según presupuesto* y de acuerdo a regiones con alta, media y baja migración internacional, según CENSO 2020 y los siguientes criterios: Región con menos de 20.000 personas migrantes internacionales es una región de baja migración; entre 20.000 y 49.999 personas migrantes es de media migración, con más de 50.000 personas migrantes es de alta migración y la RM por la gran cantidad de personas migrantes internacionales, se le asignan 950 cupos específicamente. Con los datos disponibles, para el primer año las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Valparaíso corresponden a alta migración y se les asignan cupos equivalentes al 0,5% del total de personas migrantes de cada región (con este criterio se consideran los siguientes cupos: 510 para Antofagasta; 484 para Valparaíso y 347 para Tarapacá). Con media migración corresponde a las regiones de O'Higgins, Maule, Bío Bío, Coquimbo, Arica y Parinacota, Los Lagos y Araucanía, que se le asignan cupos correspondientes al 1% de personas migrantes de la región, se consideran los siguientes cupos: 430 para O'Higgins; 407 para Maule; 349 para Bío Bío; 341 para Coquimbo; 301 para Arica y Parinacota; 269 para Los Lagos y 213 para la Araucanía). Con baja migración, corresponde a las regiones de Atacama, Ñuble, Magallanes, Los Ríos y Aysén; a cada una de estas regiones se les asigna el 1,5% de la población migrante regional, se les asignan los siguientes cupos: 285 para Atacama; 168 para Ñuble, 150 para Magallanes, 122 para Los Ríos y 58 para Aysén). La distribución de personas que ingresan al programa por regiones, también está correlacionada con la capacidad operativa de las SEREMI de Salud para gestionar el Programa. Así, la población beneficiada para 2023 es de 5.384 personas migrantes internacionales, la cual se considerará como una población de arrastre para los años siguientes. Los cupos se otorgarán por orden de llegada. Si hubiese más personas interesadas que cupos disponibles, se priorizará a dirigentes sociales y otras personas, 60% y 40% respectivamente.</p> <p>* Se contemplará que parte de los beneficiarios del programa pasarán como arrastre del año t al año t + 1, aunque los cupos seguirán siendo del año t, incluso presupuestariamente.</p>	5.348 Personas
------------------------	---	----------------

Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2023 (Meta)	2024	2025	2026
377 por cada beneficiario (Personas)	5.348	10.768	10.768	10.768

Concepto	2023
Cobertura (Objetivo/Potencial)	77%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	0%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de beneficiarios encuestados participantes del programa que identifican una reducción de barreras de accesibilidad en el año t	$(N^{\circ} \text{ de beneficiarios encuestados participantes del programa que identifican una reducción de barreras de accesibilidad en el año } t / N^{\circ} \text{ total de beneficiarios encuestados participantes del programa en año } t) * 100$	Eficacia	50%
Porcentaje de beneficiarios encuestados participantes del programa que perciben una reducción de barreras de aceptabilidad en el año t	$(N^{\circ} \text{ de beneficiarios encuestados participantes del programa que perciben una reducción de barreras de aceptabilidad en año } t / N^{\circ} \text{ total de beneficiarios encuestados participantes del programa en año } t) * 100$	Eficacia	50%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de personas que acceden a información actualizada sobre derechos de las personas migrantes internacionales en el año t	$(N^{\circ} \text{ de personas que acceden a información actualizada sobre derechos de las personas migrantes internacionales en el año } t / N^{\circ} \text{ de personas mayores de 18 años durante el año } t) * 100$	Eficacia	10%
Porcentaje de funcionarios certificados en derechos humanos, migración y salud en el año t	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios certificados en derechos humanos, migración y salud en el año } t / N^{\circ} \text{ de funcionarios definido en el diseño de las capacitaciones en el año } t) * 100$	Eficacia	50%
Porcentaje de personas certificadas en capacitación sobre derechos a salud y educación sanitaria en el año t	$(N^{\circ} \text{ de personas certificadas en capacitación sobre derechos a salud y educación sanitaria en el año } t / N^{\circ} \text{ de personas participantes en el año } t) * 100$	Eficacia	60%
Porcentaje de casos de mediación intercultural resueltos en el año t	$(N^{\circ} \text{ de mediaciones interculturales resueltas en el año } t / N^{\circ} \text{ de casos de mediación recibidos en el año } t) * 100$	Eficacia	50%

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema), pero no lo hace en coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), ni en términos de consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados). Se requiere que la institución proponente profundice en la especificación de ciertos elementos que se indican en adelante.

Atingencia: Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.

Coherencia: Se observa una limitada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. Se debe revisar los componentes del programa.

Consistencia: Se observa una limitada relación entre el diseño y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores y los gastos planificados. Los indicadores de propósito y complementarios presentan algunas falencias que deben ser subsanadas.

EVALUACIÓN POR ÁMBITO

Objetivo del Programa y Población: En la descripción de la población beneficiada se menciona que para el año 2023 se alcanzará 5.384 personas, pero en la cuantificación 5.348. Se requiere corregir.

Estrategia del Programa: Componente 4 "Mediación Intercultural": - Se reitera que se debe revisar la meta de producción para el año 2023, ya que ésta se debe ir en línea con la unidad de medida de la población beneficiaria, es decir, se debe expresar en cantidad de personas que se ven beneficiadas por el componente y no en cantidad de mediaciones interculturales. Para esto, y entendiendo que las mediaciones culturales varían en alcance de personas, se recomienda presentar de forma muy detallada y ordenada lo que es una mediación cultural, cuando se inicia, cuando se considera completa, y una estimación del promedio de personas que se espera alcanzar para el total de mediaciones (lo cual debe ser coherente con el diseño de las mediaciones). Es decir, se debe ser más explícito y concreto en lo que se entiende por mediación cultural en la descripción del componente, y presentar evidencia que justifique la cuantificación en caso de ser necesario.

Se solicita ajustar la estrategia de intervención según las modificaciones sugeridas en los componentes. Siendo que a modo general es posible apreciar cómo funcionará la estrategia, se debe corregir con la finalidad de no dejar espacio a dudas de la participación en cada componente. En particular, se debe indicar cómo se combinan los componentes para el logro del objetivo del programa, por lo que se recomienda organizar el relato de la estrategia del programa comenzando por señalar si hay alguna interacción entre los componentes o si son independientes entre sí, así como ser explícito en sí los beneficiarios son los mismos en todos los componentes, o si hay participación diferenciada. Luego, ir en orden describiendo cómo opera cada componente, relatar de manera temporal cómo ingresan y cómo egresan los beneficiarios, explicitando cómo la participación en cada componente y/o programa se da por finalizada. Se debe señalar claramente cómo los beneficiarios son parte de

las actividades y servicios descritos, en línea con las metas de producción señaladas por componente.

Se reiteran los comentarios del informe anterior, en relación al tiempo de duración y los criterios de egreso, ya que el programa indica que en el período de un año podrán egresar los beneficiarios, una vez que hayan participado del proceso de difusión de derechos, del proceso de mediación intercultural, o que haya sido atendido con pertinencia territorial. Ante esto, se consulta si realmente es factible atender al total de la población beneficiaria para todos los componentes del programa dentro de un año, o si más bien la población beneficiaria se considera egresada habiendo participado en sólo un componente (esto está vinculado al comentario anterior sobre la falta de claridad en el relato de la estrategia de intervención, por lo que en función de aquello se deben detallar los criterios de egreso). En la misma línea, faltan claridades sobre la justificación de que los beneficiarios accedan cada año nuevamente a los beneficios del programa (por ejemplo, en el caso de la mediación intercultural, donde se ejecutarán acciones de formación de competencias, no queda claro si el acceso para un mismo beneficiario/a es ilimitado). Además, se pregunta por el significado del acceso a "distintos programas de salud en los 3 niveles de atención", en referencia a si los beneficiarios pueden acceder más de una vez al programa, ya que estos niveles no habían sido mencionados anteriormente.

Indicadores: Respecto a los indicadores de propósito se requiere realizar los siguientes ajustes y/o precisiones: considerando la dificultad de medir percepción, y que no es apropiado en términos de calidad para un indicador de propósito, dada la naturaleza del objetivo del programa es que se sugiere que refuercen la propuesta del instrumento con que se espera construir ambos indicadores. Ya que es insuficiente el señalar en el numerador que simplemente se busca medir "que perciben una reducción de barreras", se sugiere presentar "que perciben una reducción de barreras en X% o en X escala" (evitar simplificar lo que se considera una reducción efectiva de las barreras), por ejemplo. Para esto, es fundamental esbozar el instrumento a emplear, así como señalar explícitamente evidencia metodológica que respalde la construcción del indicador. Lo anterior es importante tanto para el indicador de propósito 1 como para el indicador de propósito 2, ya que hay que considerar el hecho de que los indicadores se basan en la percepción de los beneficiarios del programa, lo que debilita la propuesta actual de los indicadores ante un potencial sesgo en la percepción de la muestra, por la composición del indicador.

Respecto a los indicadores complementarios se requiere realizar los siguientes ajustes y/o precisiones: - Para el primer indicador complementario "Porcentaje de personas que acceden a información actualizada sobre derechos de las personas migrantes internacionales en el año t", se debe corregir o justificar el por qué en metodología se indica que el denominador sería "población chilena en general", siendo que en la fórmula del indicador se señalan mayores de 18 años. A su vez, se debe justificar el por qué sólo se considera a mayores de 18 años, siendo que el carácter formativo del programa y los componentes propuestos también alcanzan a niños, niñas y adolescentes que accedan a atenciones en salud. Además, sobre las mediciones de acceso a información, se debe detallar con mayor claridad lo que se considerará por "acceso efectivo" a la información, justificando con evidencia por qué, por ejemplo, basta con que alguien haga un click para considerar que hay acceso, o si por ejemplo para considerar que hay acceso se requiere la reproducción completa de un vídeo informativo.