



MANUAL DE APRENDIZAJE DEL PARTICIPANTE:

CURSO:

“INTERCULTURALIDAD Y MIGRACIÓN”



Fortalece tu futuro desde tus raíces



¿QUIENES SOMOS?

Somos profesionales apasionadas por la educación, que decidimos emprender en medio de una crisis laboral para transformar el panorama educativo. Contamos con una amplia experiencia en el sector, complementada con una serie de capacitaciones y perfeccionamientos que nos permiten ofrecer formación de calidad, actualizada y adaptada a las necesidades de cada contexto.

FUNDADORAS

PROFESORA DE HISTORIA Y GEOGRAFÍA

Allison Gac

Apasionada por la enseñanza y el aprendizaje significativo con formación sólida y actualizada: Licenciada en Educación, Diplomada en Docencia Universitaria e Inclusión Educativa.

Experiencia y vocación: Amplia trayectoria trabajando en diversos contextos educativos, incluyendo aulas de alta vulnerabilidad y cursos multigrado. Especializada en atención a la diversidad y educación patrimonial. He Desarrollado proyectos que promueven el aprendizaje sobre el territorio y el patrimonio cultural e histórico. Creo redes de colaboración entre comunidades, centros culturales y patrimoniales para enriquecer la educación local.



Yasna Gac

PSICOPEDAGOGA

- **Apasionada por el aprendizaje y el desarrollo integral de las personas con formación sólida y actualizada:** Máster en Psicopedagogía, Educación y Psicoanálisis, Diplomada en Neuroeducación, Didáctica de la Lectura, Inclusión Educativa, Educación Superior y diagnóstico e intervención en autismo, Certificada en ADOS 2 / ADI-R.
- **Experiencia y vocación:** Amplia trayectoria trabajando con niñas, niños, adolescentes y adultos en diversos contextos educativos. Especializada en la evaluación, diagnóstico e intervención de dificultades de aprendizaje. Comprometida con la promoción de la inclusión y la atención personalizada.





MÓDULO I: FUNDAMENTOS DE INTERCULTURALIDAD, MIGRACIÓN, GÉNERO Y DDHH EN SALUD



OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las competencias conceptuales, actitudinales y prácticas de los funcionarios corporativos para integrar la salud intercultural, la perspectiva de género, el enfoque de Derechos Humanos y los nuevos lineamientos migratorios en el modelo de salud familiar y comunitario, promoviendo una atención respetuosa, pertinente y culturalmente segura para personas y comunidades migrantes.

APRENDIZAJES ESPERADOS

- Explicar los conceptos esenciales de interculturalidad, migración, género y DDHH aplicados al ámbito sanitario.
- Analizar casos reales incorporando normativas clave como el Decreto 21 Art. 7, Ley de Derechos y Deberes, y la nueva Ley Migratoria.
- Identificar las principales barreras de acceso que enfrentan las personas migrantes en el sistema de salud y proponer soluciones desde un enfoque de género y DDHH.
- Aplicar herramientas de comunicación intercultural, mediación y resolución de conflictos en contextos de APS.
- Diseñar adecuaciones culturales para prestaciones de APS integrando diversidad cultural, enfoque indígena, género y derechos humanos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Comprender los fundamentos de interculturalidad, migración, salud, género y DDHH, así como el contexto nacional e internacional que los sustenta.





CONCEPTOS POR CONOCER DE LA INTERCULTURALIDAD Y MIGRACIÓN

Multiculturalidad: Coexistencia de culturas en un mismo espacio

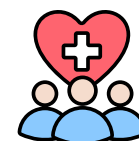
Interculturalidad: Interacción dinámica, respetuosa y recíproca entre culturas, buscando diálogo y relaciones de poder más equitativas. En salud, implica negociar significados sobre salud y enfermedad.

La interculturalidad no se trata de "adaptar al otro", sino de adaptar el sistema para que nadie quede fuera. Es una herramienta para la equidad.

La Migración como Proceso de Duelo: Profundizar en el "duelo migratorio" (pérdida del país, la cultura, las redes de apoyo, el estatus social). Esto explica muchas somatizaciones y demandas en APS.



Diferencias Conceptuales de Salud/Enfermedad: No existe una única forma "correcta" de entender la salud. Se deben validar otras cosmovisiones (medicina tradicional, parteras, chamanes) como parte de la estrategia de cuidado integral, sin medicalizar inmediatamente prácticas culturales.



Relaciones de Poder y Desigualdad: El sistema de salud tradicionalmente ejerce poder. La interculturalidad crítica reconoce estas asimetrías y busca nivelarlas para que el funcionario y el paciente migrante se encuentren en un plano de mayor respeto mutuo.





PROFUNDIZACIÓN EN LOS COMPONENTES DEL DUELO MIGRATORIO



1. Duelo por la familia y los seres queridos:

La separación de los seres queridos y la ruptura de los apegos primarios es una de las pérdidas más significativas. La distancia física y, a veces, la imposibilidad de un contacto frecuente generan un profundo sentimiento de soledad y abandono.

2. Duelo por la lengua:

Llegar a un lugar donde el idioma es diferente o tiene matices distintos implica perder la inmediatez y la riqueza de la comunicación materna. Esto afecta la capacidad de expresarse plenamente, de comprender el humor y la cultura local, y de construir relaciones profundas, lo que requiere un gran esfuerzo de aprendizaje y adaptación.

3. Duelo por la cultura:

La cultura abarca valores, hábitos alimentarios, formas de vestir, ocio y espiritualidad. La inmersión en una cultura nueva genera un "estrés aculturativo", donde las normas y expectativas sociales son diferentes, y los referentes culturales propios se pierden o invalidan.

4. Duelo por la tierra (paisaje y entorno):

La pérdida del entorno físico familiar —los olores, colores, luminosidad, clima y paisaje— también tiene un impacto emocional relevante. El entorno natural o urbano conocido forma parte de la identidad y la seguridad del individuo.



PROFUNDIZACIÓN EN LOS COMPONENTES DEL DUELO MIGRATORIO



5. Duelo por el estatus social:

Frecuentemente, los migrantes experimentan una devaluación de su estatus social previo. Profesionales calificados pueden terminar en trabajos por debajo de su cualificación debido a la falta de validación de títulos, la barrera del idioma o la discriminación. Esto genera frustración y afecta la autoestima y la identidad profesional.



6. Duelo por el grupo de

pertenencia: La identidad se construye en relación con un grupo social. Al migrar, esa identificación se modifica y puede verse afectada por la xenofobia, el racismo o la simple dificultad para integrarse en nuevos círculos sociales, resultando en aislamiento.



7. Duelo por los riesgos físicos y la

seguridad: Los procesos migratorios a menudo implican riesgos físicos durante el viaje y, una vez en el destino, la posible exposición a situaciones de exclusión social o vulnerabilidad, lo que genera una sensación constante de inseguridad.



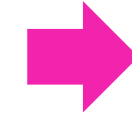
Somatizaciones y Demandas en Atención Primaria de Salud (APS): La incapacidad de elaborar estos duelos de manera adecuada puede llevar al desarrollo del "Síndrome de Ulises": **Síntomas físicos comunes:** Cefaleas, insomnio, fatiga crónica, dolores musculares, problemas gastrointestinales y otras dolencias físicas sin causa médica aparente.

Demandas en APS: Los migrantes acuden a los centros de Atención Primaria de Salud (APS) buscando alivio para estos síntomas físicos.

Para los profesionales de la salud, es fundamental reconocer que detrás de un dolor de cabeza persistente o un insomnio, puede haber un proceso de duelo migratorio no resuelto.



DIFERENCIAS CONCEPTUALES DE SALUD/ENFERMEDAD:



La Salud como Constructo Cultural: La medicina occidental biomédica define la salud principalmente como la ausencia de enfermedad física, basándose en evidencia empírica, biología y patología. Sin embargo, otras culturas entienden la salud de forma holística

Equilibrio

cosmovisiones, la salud es un estado de balance entre individuo, su comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual. La enfermedad es vista como una ruptura de este equilibrio, que puede ser causada por factores sociales (envidia, mal de ojo), espirituales (castigos divinos, espíritus), emocionales o ambientales.

Holístico:

Para muchas

El Proceso Vital:

La salud no es un estado estático, sino un proceso dinámico de adaptación y resiliencia.

VALIDACIÓN DE OTRAS COSMOVISIONES: UN ENFOQUE INTERCULTURAL

Reconocimiento del Pluralismo Médico:

Coexisten múltiples sistemas médicos (biomedicina, medicina tradicional china, medicina andina, ayurveda, etc.). Un enfoque integral reconoce que las personas migrantes transitan entre estos sistemas según sus necesidades, su confianza y su identidad cultural.

La Figura del Sanador Tradicional:

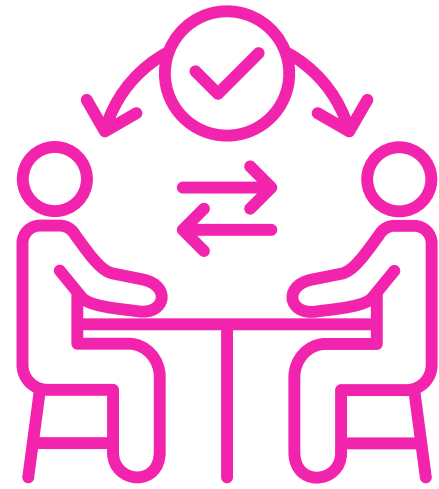
Parteras, chamanes, yerbateros, sobadores o guías espirituales son figuras de autoridad y confianza dentro de sus comunidades. No solo tratan síntomas, sino que restauran el equilibrio social y espiritual del paciente. Recurrir a ellos es un acto de coherencia cultural, no de ignorancia.

Evitar la Medicalización

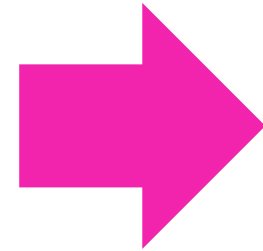
Inmediata: Un error común del sistema de salud es "medicalizar" inmediatamente prácticas culturales. ej. diagnosticar como "delirio" o "psicosis" una experiencia mística o de trance que en la cultura de origen es vista como una comunicación espiritual normal y positiva.



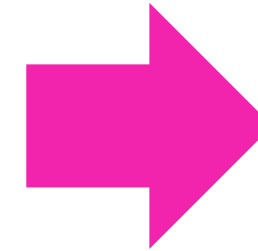
ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL: INTEGRACIÓN Y RESPETO



Comunicación y Mediación Cultural: El personal de salud debe estar capacitado en competencias interculturales. Esto implica preguntar proactivamente al paciente sobre sus propias creencias de salud, si está usando medicina tradicional y qué espera del tratamiento. El uso de mediadores culturales es fundamental.



Intercambio de Saberes (Diálogo): En lugar de invalidar la medicina tradicional, se puede buscar un diálogo. Por ejemplo, una partera tradicional puede colaborar con el equipo de obstetricia en el seguimiento del embarazo, respetando ciertos rituales de cuidado posparto que son importantes para la día día madre-bebé.



Centrarse en la Persona, no solo en la Patología: Un enfoque integral entiende que el bienestar del paciente mejora cuando su identidad y sus creencias culturales son respetadas.



CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LA MIGRACIÓN

La migración no es un evento aislado, sino un fenómeno estructural y global impulsado por un conjunto complejo de "factores de expulsión" (push factors) y "factores de atracción" (pull factors).

Causas Principales



Crisis Económicas y Políticas: La inestabilidad económica, la pobreza sistémica, la falta de oportunidades laborales dignas y la corrupción gubernamental son motores primarios. Las crisis políticas, la persecución y la falta de garantías democráticas obligan a las personas a buscar seguridad y estabilidad en otros territorios.



Violencias Estructurales y de Género: La violencia no solo se manifiesta en conflictos armados (desplazamientos forzados), sino también en violencias cotidianas, como la criminalidad organizada y, de manera crucial, la violencia de género. Las mujeres migrantes a menudo huyen de entornos donde sus derechos son sistemáticamente vulnerados.



Desplazamientos Forzados y Cambio Climático: Los conflictos bélicos generan desplazamientos masivos de refugiados y solicitantes de asilo. A esto se suman, cada vez con mayor relevancia, los desplazamientos causados por desastres naturales y la degradación ambiental asociada al cambio climático.



Predominio de Migraciones Sur-Sur: Contrario a la percepción común de que la migración se dirige predominantemente del Sur global al Norte global, las estadísticas muestran que una proporción significativa de la migración ocurre entre países del Sur (ej. entre países de América Latina o dentro de África). Esto genera dinámicas regionales de alta complejidad y presión sobre los sistemas de acogida locales.



Contexto nacional de la migración

Chile ha experimentado una transformación demográfica significativa en las últimas décadas, pasando de ser históricamente un país de emigrantes a uno de los principales receptores de población migrante en Sudamérica.

Características de la Migración en Chile



Perfil Regional: La migración en Chile es predominantemente latinoamericana y caribeña, con colectivos significativos provenientes de Venezuela, Perú, Colombia, Haití y Bolivia. Cada grupo trae consigo realidades culturales y necesidades de salud específicas.



Aumento de Mujeres, NNA (Niños, Niñas y Adolescentes) y Familias Completas: La migración ya no es mayoritariamente masculina e individual, sino que se ha "feminizado" y familiarizado. Esto tiene implicaciones directas en salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil y salud mental familiar.



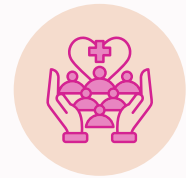
Alta Presencia de Personas en Situación Administrativa Irregular: Las barreras burocráticas, los cambios constantes en la normativa migratoria y la dificultad para obtener visas han incrementado el número de personas que viven en situación irregular. Esta irregularidad es un determinante social de la salud fundamental, ya que limita el acceso a derechos básicos y genera vulnerabilidad extrema.



DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL FENOMENO MIGRATORIO

La intersección de estos contextos globales y nacionales genera demandas específicas sobre el sistema de salud chileno, siendo la APS la puerta de entrada principal.

Los Desafíos para la APS



Mayor Demanda en APS y Tensión del Sistema: El aumento de población migrante ejerce presión sobre los centros de salud familiar (CESFAM). Se requiere una mayor asignación de recursos, infraestructura adaptada y personal capacitado para atender la diversidad de necesidades.



Barreras de Información y Comunicacionales (Culturales): Las barreras no son solo idiomáticas (ej. con población haitiana parlante de creole), sino también culturales. La falta de mediadores culturales y la incomprensión de las diferentes cosmovisiones de salud y enfermedad dificultan el acceso a la atención.



Miedo a la Institucionalidad y Revictimización:

desconfianza hacia las instituciones públicas chilenas (a menudo percibidas como parte del aparato de control migratorio) disuade a los migrantes de buscar atención preventiva o de urgencia hasta que su estado es grave. Este miedo se suma a las posibles experiencias traumáticas vividas durante la migración o en sus países de origen.



Continuidad de Cuidados Interrumpida:

La movilidad constante (cambios de domicilio por precariedad laboral o del aparato de control habitacional) y el estatus irregular dificultan el seguimiento crónico de enfermedades (ej. diabetes, hipertensión, VIH) o el control de embarazos. Esto genera un cuidado fragmentado y menos efectivo.



El Funcionario como Garante de Derechos: La premisa central es que las vulneraciones de derechos hacia la población migrante en los servicios de salud a menudo no provienen de mala fe, sino del desconocimiento de la normativa vigente o de la normalización de prácticas discriminatorias. El personal de salud debe asumir su rol como garante de derechos.

CONCEPTOS CLAVE DE DDHH EN SALUD Y MIGRACIÓN

Estos principios son la base ética y legal de la atención

Universalidad e Inalienabilidad	Igualdad y No Discriminación	Interés Superior del NNA
El derecho a la salud es inherente a la persona humana. No está condicionado por la nacionalidad o estatus migratorio.	Este principio exige un trato equitativo y sin sesgos. ej. negar un servicio por ser migrante	Convención sobre los Derechos del Niño . En lo que involucre a un menor, sus derechos e interés deben primar sobre todo.
Un migrante indocumentado tiene exactamente el mismo derecho a ser atendido en una urgencia vital que un ciudadano chileno.	La igualdad no significa dar a todos exactamente lo mismo, sino dar a cada uno lo que necesita para alcanzar el mismo nivel de salud.	Los NNA migrantes tienen garantizado el acceso completo a la salud (atención integral, controles de niño sano, vacunas, salud mental, etc.) y a la educación, independientemente de la situación migratoria.



Garantías Específicas en Chile: La Normativa

Clave: El marco normativo chileno, ofrece herramientas específicas que el personal de salud debe conocer y aplicar rigurosamente:

Circular 4 del Ministerio de Salud (2010): Establece las "Instrucciones sobre atención de salud a población migrante en los establecimientos de la Red Asistencial".

Puntos Clave: Garantiza explícitamente la atención de **urgencia** a toda persona, sin preguntar por su situación migratoria. Además, asegura el acceso a programas prioritarios de salud pública: **control de embarazo, parto, puerperio, atención a NNA** (controles, vacunas, programas alimentarios) y tratamiento de **enfermedades transmisibles** (VIH, tuberculosis, etc.).



Uso del Identificador Provisorio del Paciente (IPP): La circular mandata el uso del IPP como herramienta administrativa para registrar y atender a personas sin RUT chileno, eliminando la barrera de la identificación formal.

VULNERACIONES FRECUENTES

Negación de Atención por Falta de Documentación:

"vuelva cuando tenga RUT/pasaporte" vulneración directa de la Circular 4 y del derecho a la salud. El IPP debe ser utilizado de inmediato.

Falta de Intérpretes Culturales

Asumir que todos hablan español o que todos entienden los mismos conceptos médicos es una **barrera** que vulnera el derecho a una información completa y comprensible. impide el consentimiento informado **real** y la comunicación efectiva.

Uso de Lenguaje Deshumanizado o Discriminatorio:

"vienen a colapsar nuestro sistema", "aprovechadores del sistema" o un trato brusco y frío, generan un ambiente hostil que revictimiza al paciente y le disuade de volver.

Cobros Indebidos

Solicitar pagos o "bonos" por atenciones garantizadas por ley (como un control de embarazo o una vacuna para un NNA) a personas sin previsión es una **vulneración financiera** que impide el acceso efectivo al cuidado.

Barreras más comunes



- Idioma y comunicación.
- Estatus migratorio (miedo, desconfianza).
- Género (violencia, carga de cuidados).
- Horarios laborales extensos.
- Racismo y discriminación.
- Falta de información clara.

El Enfoque Interseccional en la Salud

El concepto de interseccionalidad, desarrollado por la teórica legal Kimberlé Crenshaw, es una herramienta analítica fundamental para comprender cómo diferentes sistemas de opresión (racismo, sexismo, clasismo, xenofobia) interactúan y se refuerzan mutuamente.

Capas de Desigualdad: La interseccionalidad nos enseña que las experiencias de vulnerabilidad no son la suma de opresiones individuales, sino un **efecto multiplicador**. No es lo mismo ser solo migrante, que ser **mujer, migrante, de piel negra, jefa de hogar y con un estatus irregular**.

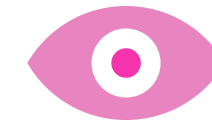
El Sistema Reproduce Desigualdades: Sin un enfoque interseccional, el sistema de salud tiende a tratar a todas las personas migrantes como un grupo homogéneo, invisibilizando las necesidades específicas de los subgrupos más vulnerables.

Ejemplos de Vulnerabilidad Interseccional

- **Mujeres Migrantes y Salud Sexual/Reproductiva:** Enfrentan barreras específicas para acceder a métodos anticonceptivos o controles prenatales debido a la moral conservadora, el idioma, el miedo a la denuncia por parte de empleadores (trabajo doméstico) y la desconfianza institucional.
- **Población Migrante LGBTQIA+:** Pueden enfrentar discriminación por su estatus migratorio y por su orientación sexual o identidad de género, lo que duplica su riesgo de exclusión y problemas de salud mental.

Población Indígena Migrante: Sufren la superposición de racismo, clasismo, xenofobia y la falta de reconocimiento de su cosmovisión y lenguas originarias, incluso dentro del mismo grupo de migrantes latinoamericanos.

EL GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD



moldea las experiencias de vida, los roles sociales y el acceso a los recursos de las personas migrantes. Las mujeres migrantes enfrentan realidades particulares que impactan directamente en su bienestar físico y mental.

Mayor Carga de Cuidados y Autocuidado Limitado: Los roles de género tradicionales suelen asignar a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado de los hijos, ancianos y la gestión del hogar. En el contexto migratorio, esta carga se intensifica. Las mujeres a menudo priorizan la salud de su familia sobre la propia, lo que limita su tiempo para controles médicos preventivos (papanicolau, mamografías), autocuidado y descanso, retrasando la búsqueda de atención médica hasta que los problemas son graves.

Exposición a Violencia de Género (Intrafamiliar y Laboral)

Violencia Intrafamiliar (VIF):

El estrés migratorio, el hacinamiento y la precariedad económica pueden exacerbar la violencia dentro de la pareja. El estatus migratorio irregular de la mujer puede ser usado por su agresor como una herramienta de control, amenazándola con la deportación o la separación de sus hijos si denuncia.

Violencia Laboral

Trabajos precarizados (trabajo doméstico "puertas adentro", agricultura, servicios de limpieza). En estos contextos, son más vulnerables al abuso laboral, el acoso sexual y la explotación, con escaso acceso a redes de apoyo o denuncia.

BARRERAS ESPECÍFICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSYR)

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en 3 Causales

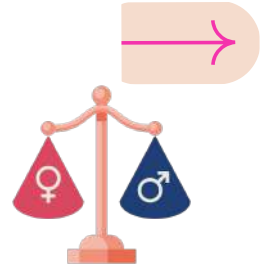
El desconocimiento de la Ley 21.030 de IVE en Chile, sumado al miedo a la institucionalidad o al estatus irregular, impide que muchas mujeres migrantes accedan a este derecho legal cuando cumplen con las causales establecidas (riesgo vital de la madre, inviabilidad fetal, violación).

Acceso a Métodos Anticonceptivos

Pueden existir dificultades para acceder a métodos de larga duración, debido a la falta de información, barreras idiomáticas o prejuicios del personal de salud.



PROFUNDIZACIÓN: ATENDER SIN ENFOQUE DE GÉNERO ES EXCLUYENTE



La **ceguera al género** o un enfoque neutro al género en salud asume erróneamente que las necesidades de hombres y mujeres (y personas no binarias) son las mismas, lo que invisibiliza y reproduce las desigualdades existentes.

Invisibilización de Necesidades: Un sistema de salud que no considera el género puede no detectar a tiempo la violencia de género, no ofrecer espacios seguros para la confidencia, o no ajustar los horarios de atención para madres cuidadoras.

Reproducción de Desigualdades: Al no abordar las causas subyacentes de la vulnerabilidad de las mujeres migrantes, el sistema de salud perpetúa su desventaja social y sanitaria, vulnerando sus DDHH a la salud, a la seguridad y a una vida libre de violencia.

Aplicación Práctica del Enfoque de Género y DDHH

Capacitación del personal de salud en la detección de violencia de género con protocolos claros y seguros.



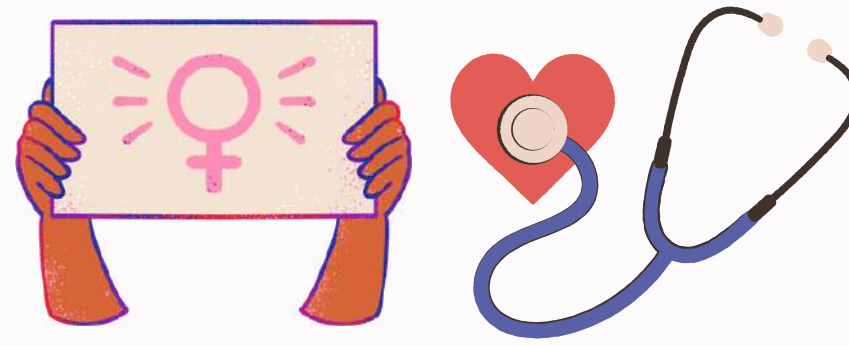
Garantizar la confidencialidad y el uso del IPP para mujeres en situación irregular que buscan atención por cualquier motivo, incluyendo IVE.

Asegurar la disponibilidad de mediadores interculturales que faciliten la comunicación sin sesgos de género.

Adaptación de los servicios para que sean accesibles a personas con diversas identidades de género y orientaciones sexuales.

Integrar el enfoque de género y DDHH en la salud intercultural es un imperativo ético y legal. Permite una atención más justa, equitativa y efectiva que reconoce la dignidad inherente de cada persona migrante, abordando sus realidades específicas y garantizando el ejercicio pleno de sus derechos en el territorio chileno.





MÓDULO II: NORMATIVA EN MIGRACIÓN, GÉNERO Y SALUD EN APS

OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar el marco normativo vigente —incluyendo Decreto 21, Ley de Derechos y Deberes, nueva Ley Migratoria y derechos internacionales del migrante— aplicándolo a la atención en APS

1. Marco Normativo Clave en APS

A. Decreto Supremo N°21 del Ministerio de Salud
Reglamento sobre el derecho a recibir atención de salud con pertinencia cultural

¿Qué regula este decreto?

El Decreto N°21 del MINSAL establece el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, reconociendo la diversidad cultural existente en el país y promoviendo un modelo de salud respetuoso de dicha diversidad.

La diversidad cultural no es una dificultad operativa, sino una realidad que el sistema debe reconocer y gestionar.

Impacto concreto en APS con población migrante, el Decreto 21 orienta prácticas como:

- Uso de facilitadores interculturales, mediadores o apoyos comunitarios cuando existen barreras idiomáticas o culturales.
- Implementación de estrategias comunicacionales claras, accesibles y culturalmente pertinentes.
- Respeto por prácticas culturales de cuidado, siempre que no pongan en riesgo la salud.
- Reconocimiento del territorio y la comunidad como parte del proceso de salud.

En comunas como Puente Alto, con alta diversidad cultural, este enfoque permite evitar conflictos, mejorar la adherencia a tratamientos y fortalecer la confianza en la APS.

Aunque este decreto se dirige explícitamente a pueblos originarios, su espíritu normativo y ético es plenamente aplicable a la atención de población migrante, ya que:

- ➔ Reconoce que no todas las personas entienden la salud, la enfermedad, el cuerpo y el cuidado de la misma manera.
- ➔ Plantea que el sistema de salud debe adaptarse a las personas y no exigir que las personas se adapten forzosamente al sistema.
- ➔ Promueve la complementariedad de saberes, evitando una mirada única, biomédica y culturalmente homogénea.



Artículo 7 de la Ley N°20.584

Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud

¿Qué establece esta ley?

La Ley 20.584 consagra los derechos fundamentales de las personas en su atención de salud. El Artículo 7 es especialmente relevante para la población migrante, ya que se centra en el trato digno y respetuoso.

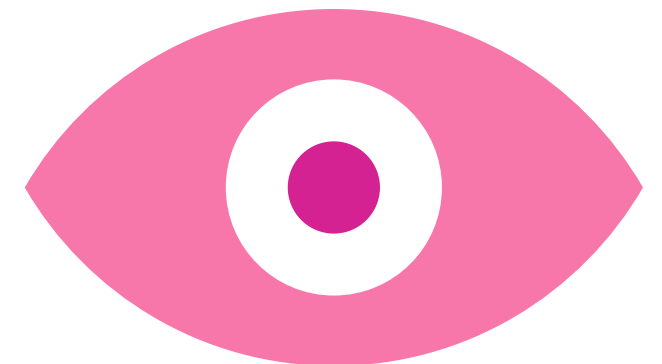
Concepto profundo (aplicado a migración)

El Artículo 7 establece que toda persona tiene derecho a recibir una atención de salud adecuada, oportuna y respetuosa, sin discriminación arbitraria.

En el contexto migratorio, esto implica que:

- La nacionalidad no puede ser motivo de trato diferenciado.
- La situación migratoria no puede ser una barrera para la atención.
- El idioma, el acento, el color de piel o las prácticas culturales no justifican un trato desigual.

Desde los DDHH, la discriminación en salud no solo ocurre cuando se niega la atención, sino también cuando se entrega una atención deshumanizada, poco clara o intimidante.



Marco Normativo en Migración, Género y Salud en APS

NORMA

PRINCIPIO / ENFOQUE CLAVE

OBLIGACIONES PARA APS

EJEMPLOS PRÁCTICOS EN APS (PUENTE ALTO)

Decreto Supremo N°21 (MINSAL)
Reglamento de pertinencia cultural

Reconocimiento de la diversidad cultural.
Pertinencia cultural en la atención de salud.
Complementariedad de saberes.

- Adaptar la atención a realidades culturales diversas.
 - Reconocer distintas concepciones de salud/enfermedad.
 - Facilitar la comunicación intercultural.
 - Evitar imponer una única visión biomédica.

- Uso de facilitadores interculturales cuando existe barrera idiomática.
- Ajustar la comunicación clínica a creencias culturales de personas migrantes.
- Respetar prácticas culturales de cuidado (cuando no ponen en riesgo la salud).

Decreto Supremo N°21 (MINSAL)

Enfoque territorial y comunitario.

- Considerar el contexto social y comunitario de las personas.
- Reconocer el territorio como parte del proceso de salud.

- Comprender que muchas personas migrantes en Puente Alto viven hacinamiento o precariedad habitacional y ajustar indicaciones de salud a esa realidad.
 - Trabajo articulado con redes comunitarias.

Ley N°20.584 – Artículo 7
Derechos y Deberes del Paciente

Trato digno y respetuoso.
No discriminación arbitraria.

- Garantizar atención sin distinción por nacionalidad, idioma o estatus migratorio.
 - Evitar prácticas discriminatorias explícitas o implícitas.

- No negar atención por falta de RUT definitivo.
- No emitir comentarios estigmatizantes sobre origen, acento o cultura.
 - Trato respetuoso en ventanilla, box y urgencia.

Ley N°20.584 – Artículo 7

Derecho a información clara y comprensible.

- Entregar información suficiente, oportuna y veraz.
 - Asegurar comprensión real del paciente.

- Explicar procesos de inscripción en APS con lenguaje simple.
- Repetir indicaciones médicas si existen dudas por idioma o modismos.
- Uso de material visual o apoyo verbal cuando sea necesario.

Ley N°20.584 – Artículo 7

Confidencialidad y seguridad.

- Proteger la información personal y de salud.
- No compartir datos con fines ajenos a la atención.

- Garantizar que una persona migrante no será denunciada a extranjería por atenderse.
- Generar confianza para que la persona consulte sin miedo.

Ley N°20.584 – Artículo 7

Enfoque de género e interseccionalidad (aplicación práctica).

- Reconocer desigualdades estructurales.
- Evitar reproducir discriminaciones múltiples.

- Comprender que mujeres migrantes pueden postergar controles por carga de cuidados.
- Ajustar horarios o derivaciones considerando realidades laborales y familiares.



2. CAMBIO LEGISLATIVO: NUEVA LEY MIGRATORIA (LEY 21.325) Y SU IMPACTO EN APS

La Ley 21.325, promulgada en abril de 2021, moderniza la legislación migratoria, pero ha generado debate sobre el acceso a derechos sociales.

- **Principales Cambios:** La ley busca regular la migración "segura, ordenada y regular", promoviendo que los extranjeros cuenten con permisos de residencia o permanencia necesarios. Establece nuevas categorías migratorias y requisitos más estrictos para la regularización.
- **Impacto en APS:** Si bien la ley migratoria en sí misma regula el ingreso y residencia, las normativas de salud (como el Decreto Supremo N° 67 de 2016 que permite acreditar carencia de recursos a migrantes sin documentos) mantienen el acceso a la salud pública para la población irregular.
- **El Desafío:** El principal impacto negativo en APS es el **miedo a la institucionalidad**. La nueva ley ha aumentado la percepción de riesgo de ser expulsado entre la población migrante irregular, lo que puede retrasar la búsqueda de atención médica esencial, especialmente en salud mental, controles crónicos o embarazos, saturando los servicios de urgencia.



3. DERECHOS INTERNACIONALES Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES

El marco internacional refuerza las obligaciones del Estado chileno.

- **Universalidad de DDHH:** El derecho a la protección de la salud está garantizado en la Constitución Política de Chile para "todas las personas" (Art. 19 N° 9) y en diversos tratados internacionales ratificados por Chile.
- **Principios Clave:**
 - **No Discriminación:** El Estado debe garantizar la salud sin distinción de nacionalidad, estatus migratorio, género, raza u origen.
 - **Accesibilidad y Aceptabilidad:** Los servicios de salud deben ser accesibles (física y económicamente) y aceptables (culturalmente respetuosos, con sensibilidad de género).
 - **Atención Prioritaria:** Normativas específicas garantizan atención completa a mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes (NNA) y atención de urgencia vital, independiente de su situación migratoria.

Uso Práctico del Marco Normativo en Situaciones Reales en APS

SITUACIÓN REAL	NORMA APLICABLE	USO PRÁCTICO EN APS
Paciente sin RUN ni pasaporte solicita control crónico (ej. diabetes).	DS 67/2016, Circular 4 MINSAL, Art. 7 Ley 20.584.	Otorgar atención inmediata. Acreditar carencia de recursos firmando la declaración simple. Ingresar al paciente en FONASA Tramo A. No se puede negar la atención.
Mujer migrante embarazada acude por primera vez a control prenatal.	DS 67/2016, Circular 4 MINSAL, Art. 7 Ley 20.584.	Ingreso inmediato a control prenatal y al programa Chile Crece Contigo. Acceso a todos los beneficios (leche, medicamentos, ecografías). Su estatus migratorio es irrelevante para esta atención prioritaria.
Ley N°20.584 – Artículo 7 Derechos y Deberes del Paciente	Art. 7 Ley 20.584, Principio de Pertinencia Cultural.	Activar red de apoyo (facilitador intercultural, familiar, funcionario bilingüe). Evitar diagnósticos erróneos por falta de comunicación. Asegurar el consentimiento informado y la comprensión del tratamiento.
Paciente de Haití o Venezuela no habla español fluidamente.	Art. 7 Ley 20.584 (Confidencialidad).	Educar al paciente sobre la confidencialidad de los datos clínicos. El equipo de salud no tiene función policial/migratoria. Garantizar que la información de salud no será compartida con fines migratorios.



BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD: FACTORES CULTURALES, LINGÜÍSTICOS Y DE GÉNERO

FACTORES CULTURALES:

- **Concepciones de Enfermedad:** Discrepancia entre el modelo biomédico (enfermedad = falla biológica) y modelos culturales (enfermedad = desequilibrio espiritual, social o emocional; castigo divino; mal de ojo). Si el sistema no valida la causa cultural, el paciente no confía en la cura médica.
- **Jerarquías de Salud:** Desconfianza hacia el médico occidental, preferencia por sanadores tradicionales o farmacias de barrio por ser más accesibles y "confiables".

FACTORES LINGÜÍSTICOS

- **Concepciones de Enfermedad:** Discrepancia entre el modelo biomédico (enfermedad = falla biológica) y modelos culturales (enfermedad = desequilibrio espiritual, social o emocional; castigo divino; mal de ojo). Si el sistema no valida la causa cultural, el paciente no confía en la cura médica.
- **Jerarquías de Salud:** Desconfianza hacia el médico occidental, preferencia por sanadores tradicionales o farmacias de barrio por ser más accesibles y "confiables".

FACTORES DE GÉNERO

- **Autonomía Corporal:** Mujeres migrantes a veces enfrentan barreras para acceder a métodos anticonceptivos sin el permiso de su pareja o familia, debido a normas culturales machistas.
- **Violencia Oculta:** La barrera idiomática y cultural dificulta la detección de violencia intrafamiliar o de género por parte del personal de salud, ya que no se capta el relato completo.