

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**INTERSECTORIALIDAD EN EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD PARA  
INMIGRANTES EN LA COMUNA DE RECOLETA. UN ESTUDIO DE CASO**

**GINA MILENA CORREA ATENCIA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUÍA: DR. PEDRO CROCCO**

Santiago, NOVIEMBRE de 2019

## **Dedicatoria**

A todos aquellos que experimentan la necesidad de movilizarse, guardando entre sus pertenencias la esperanza sublime de un mejor vivir y el miedo atroz de no conseguirlo.

A quienes escogen trabajar por garantizar los derechos de las personas, entregando con ello su humanidad.

## **Agradecimientos**

A Daniela por todo su cariño y por inspirarme a ser ejemplo de constancia y decisión.

A Luis por escoger ser mi compañero en esta etapa de la vida.

A mis compañeros y compañeras, profesores y profesoras del MSP por acompañarme a vivenciar, y a comprender este bello Chile y sus distintas realidades.

A los funcionarios de la Ilustre Municipalidad de Recoleta, en especial a Ynga Villena, por su apoyo y brindarme la oportunidad de conocer su trabajo y todo aquello que lo motiva.

## Indice

Resumen .....	6
I. Introducción.....	8
II. Marco Teórico .....	16
1. Intersectorialidad en salud. Una aproximación conceptual.....	16
2. Gestión de la Intersectorialidad. Un marco de análisis. ....	20
2.1 Patrón de relaciones intersectoriales y Tipos de Intersectorialidad. ....	25
2.2 Dimensiones de Intersectorialidad y Nivel de Integración. ....	27
3. Migración Internacional en Chile. Un trabajo para el sector salud. ....	31
4. Programa de Acceso a la Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta. ....	40
III. Objetivos de Investigación .....	48
1. General .....	48
2. Específicos.....	48
IV. Metodología.....	49
1. Enfoque metodológico .....	49
2. Tipo de estudio .....	49
3. Diseño de la Muestra.....	51
4. Técnicas de producción y análisis de la información.....	53
5. Aspectos Éticos .....	57
V. Resultados.....	59
1. Categoría 1er orden: Patrón de Relaciones .....	63
1.1 Categoría 2do orden: Intersectorialidad .....	69
1.1.1 Categoría de 3er orden: Concepto de Intersectorialidad .....	69
1.1.2 Categoría 3er orden: Propósito de la Intersectorialidad .....	71
1.1.3 Categoría 3er orden: Relaciones Organizacionales.....	72
1.2 Categoría 2do orden: Características del actor.....	78
1.2.1 Categoría 3er orden: Capacitación en intersectorialidad.....	78
2. Categoría 1er orden: Dimensiones de intersectorialidad.....	81
2.1 Categoría 2do orden: Componentes de Intersectorialidad .....	81
2.1.1 Categoría 3er orden: Actividad Representativa.....	82
2.1.2 Categoría 3er orden: Formas de Trabajo.....	83
3. Categoría 1er orden: Nivel de Intersectorialidad .....	85

3.1 Categoría 2do orden: Acción intersectorial.....	85
3.1.1 Categoría 3er orden: Procesos de Desarrollo .....	85
VI. Discusión .....	88
VII. Conclusiones .....	93
VIII. Referencias .....	96
Anexos.....	101
Anexo 3. ENTREVISTA ACTOR MESA TÉCNICA.....	107

## **Resumen**

En la presente investigación se establecen los marcos que sustentan el desarrollo de la intersectorialidad como requisito para mejorar el acceso y la atención en salud para inmigrantes en Recoleta. Lo anterior a partir de profundizar en antecedentes de contexto como el fenómeno de inmigración internacional en Chile y en la comuna. Así como en el proceso de formulación e implementación de iniciativas tanto en el nivel nacional como local. A partir de la cuales se ha pretendido, fomentar el acceso y garantizar la atención en salud a la población inmigrante, particularmente la no regulada, en base a un trabajo intersectorial generado en varias instancias. De esta manera, se establece también un marco de análisis de la acción intersectorial en salud, orientado con cierta particularidad en relación a la forma como esta puede presentarse cuando es gestionada en el nivel local.

El propósito fue describir el modo de gestión de la intersectorialidad entre los distintos sectores que participaron para dar alcance a lo propuesto en el programa de acceso y atención en salud para inmigrantes en Recoleta y su plan piloto. Esto a partir de identificar el patrón de relación intersectorial presente, así como de caracterizar las dimensiones y establecer el nivel de intensidad de la intersectorialidad.

La investigación se desarrolló a partir de un enfoque cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, y como un estudio de caso, siendo el caso la comuna de Recoleta. Los resultados se obtuvieron por medio de la revisión de documentos producidos al alero de la acción intersectorial generada en distintos niveles de gobierno, y entrevistas semi-estructuradas. Estas últimas fueron realizadas a nueve informantes clave, siendo estas personas que participaron de mesas de trabajo intersectorial y desde donde se desarrollaban acciones que influenciaban la ejecución del programa y el plan piloto. Los actores pertenecían al Ministerio de Salud, FONASA, Servicio de Salud Metropolitano Norte, y Municipalidad de

Recoleta, este último organismo con funcionarios o personas que pertenecían al Departamento de Salud, Oficina Migrantes, Dirección de Desarrollo Comunitario, Departamento de Educación y Mesa Migrantes.

Entre los principales resultados, se especifica que, en el marco de garantizar acceso y atención a salud para inmigrantes en la comuna de Recoleta, la intersectorialidad se presentó como el estado inicial de una nueva forma de trabajar y no como una manera de gobernar o de construir política pública. Esta, se gestionó como un proceso de construcción gradual, al ser requisito para el alcance de los propósitos del programa-plan, y como producto de la falta de una estructura funcional de implementación que integrara a los actores de forma dirigida y coordinada. La intersectorialidad en el marco del programa, logra instalarse a partir de relaciones de información-cooperación, y procesos de escasa inclusividad y limitada mancomunidad entre los sectores participantes, existiendo un bajo nivel de intensidad en la integración de estos. Lo anterior subyace a la identificación de la intersectorialidad como un trabajo conjunto, el que es condicionado por la voluntad y motivación de los funcionarios, la limitación de recursos financieros y humanos, la falta de capacitación y de acuerdos formales de trabajo.

## I. Introducción

Recoleta comuna ubicada en el extremo norte de la Región Metropolitana (RM) de Santiago, está constituida por 9 macrozonas y 34 unidades vecinales que dependen administrativamente de la Municipalidad que lleva su mismo nombre. Se caracteriza por poseer una densidad poblacional de 9.149,40 hab/km<sup>2</sup> y cuenta con un área totalmente urbanizada y con una ubicación privilegiada frente a otras del país, no sólo por estar situada en el sector central de la ciudad, sino por contar con una enorme riqueza patrimonial y cultural, y albergar importantes zonas comerciales y productivas (Departamento de Salud Recoleta, 2015). Lo anterior ha sido asociado entre otras cosas con el hecho de poseer un alto asentamiento de población extranjera (Cabieses, Bernal, & McIntyre, 2017), siendo de la RM, la tercera comuna con mayor población migrante (7%) después de Santiago (11,7 %) e Independencia (11%) (Municipalidad de Santiago, 2014).

Esta comuna, ha experimentado un crecimiento significativo de población migrante en la última década y un comparativo de los reportes censales 2002 versus 2012 dan cuenta de ello, ya que la estimación del número de inmigrantes en la comuna pasó de 1.466 a 10.019 respectivamente (Departamento de Salud Recoleta, 2015). Lo anterior puede tomarse como reflejo de un fenómeno de ocurrencia a nivel nacional, si se considera que la inmigración internacional en Chile ha aumentado durante los últimos años, llegando a representar según datos del Departamento de Extranjería y Migración (DEM), el 2,3% de la población total en 2014 (Cabieses et al., 2017) y más reciente, el 4,35% según el último reporte del censo realizado en 2017 (INE, 2018).

La población de inmigrantes en Chile se caracteriza por una creciente diversificación de países de origen, un proceso de feminización particular en algunas nacionalidades y una

concentración de personas en edad laboral, que además se encuentran segmentados y concentrados en ciertos sectores de la economía, quienes constituyen un grupo heterogéneo de personas que ponen a prueba la capacidad de integración social de la sociedad chilena y la funcionalidad de un estado que adherido a tratados y pactos internacionales debe promoverla (Cabieses et al., 2017; OIM, 2011). Esta caracterización cobra importancia a la luz de que la comunidad internacional reconoce la migración como un determinante social de la salud, en consideración de que las condiciones encontradas durante el proceso migratorio, pueden exponer a mayores riesgos para la salud y al aumento de la vulnerabilidad biológica, social, económica y cultural (Cabieses et al., 2017).

En Chile ha podido documentarse una alta vulnerabilidad en salud para la población inmigrante no sólo en el contexto comunitario, en donde existen altos niveles de estigma y discriminación, sino desde lo institucional ,en donde la falta de información y las barreras de acceso a ella, han limitado la creación e implementación de programas orientados a atender sus necesidades; lo mismo ocurre con el contexto legislativo, donde aún en la actualidad la ley (DL 1.094 de 1975) que fija el marco normativo para las migraciones no reconoce ni hace referencia a la salud como derecho y supedita la atención en salud a la condición de regularidad documental de estas personas (Cabieses et al., 2017; Centro UDP Derechos Humanos, 2015).

El incremento de la migración hacia a Chile y la instauración del tema migratorio como parte de la agenda internacional fomentó la participación del gobierno de la presidenta Bachelett período 2014-2018, en la firma y ratificación de una serie de tratados de derechos humanos que buscan dar protección social a migrantes y refugiados. Sin embargo, la implementación de una política de migraciones con enfoque de derechos y que garantice

entre otras cosas básicas, una salud de calidad y acceso universal para los inmigrantes, es tema aún pendiente (Centro UDP Derechos Humanos, 2015).

Lo anterior, ha redundado en la necesidad de que los gobiernos locales y la sociedad civil asuman el papel de facilitadores en los procesos de integración social de esta población, razón por la cual los municipios han adquirido un rol protagónico en la definición de estrategias con este fin, aumentando la ejecución de funciones catalizadoras de las necesidades de la población extranjera y de las limitaciones normativas e institucionales que enfrenta. Ejemplo de dichas iniciativas, ofrece el municipio de Recoleta, que crea e implementa desde el 2014 la “Oficina Migrantes”, a cargo de facilitar el proceso de inserción de los inmigrantes residentes en su localidad, lo que ha sido reconocido a nivel nacional como un caso de éxito en esta materia (Centro UC Políticas Públicas, 2015; Oficina Migrantes Recoleta, 2013).

Por otro lado, la Ilustre Municipalidad de Recoleta, ha desarrollado acciones con el fin de mejorar los procesos de atención y acceso a salud de la población inmigrante, por lo que la participación de su Departamento de Salud en estudios o intervenciones estratégicas adelantadas por el nivel central, ha sido constante, lo que se ha sumado a iniciativas propias, en el propósito de facilitar la inclusión de esta población en todo el contexto comunitario (Oficina Migrantes Recoleta, 2013).

Es así como en un primer momento este organismo trabaja con el Grupo Asesor del MINSAL y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en el desarrollo de dos investigaciones con las que se pretendía, por un lado, conocer la situación de la inmigración externa en el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y por otro, la situación de salud mental de los inmigrantes. Estos estudios, surgen como una necesidad

imperante, tras el incremento sustancial de esta población a nivel nacional (1,9%) según la encuesta CASEN 2006 y con particularidad en las comunas a cargo de este servicio, siendo para ese momento, Recoleta e Independencia las comunas de la Región Metropolitana, que destacaron por poseer la mayor concentración de población inmigrante, con un 33,8% y un 36,1% respectivamente (Centro UC Políticas Públicas, 2015; Demoscopica, 2009).

En 2008-2009 los informes finales de estos estudios aportaron a la implementación de un Programa de Acceso a Atención en Salud, de desarrollo en el nivel primario, y al diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud para Inmigrantes, con el que se generaron insumos importantes para la formulación de una política de salud para Migrantes Internacionales (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

El Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes es creado a partir de la Resolución Exenta N° 1266 del 12 de diciembre de 2014, para establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), cubriendo inicialmente 11 comunas del país, 5 de las cuales participan posteriormente del Piloto de salud de inmigrantes, entre ellas Recoleta. El objetivo del Programa es desarrollar estrategias dentro del modelo de atención, que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afecta a la población inmigrante, en especial la no regulada (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

Por su lado, el Plan Piloto surge como una herramienta que refuerza la noción de salud de los migrantes desde una perspectiva de derecho, intentando instaurar una respuesta integral inicial a las necesidades de salud de estas personas dado el grado de vulnerabilidad social y de salud que enfrentan, entregando cobertura también a aquellos en condición de irregularidad (Centro UC Políticas Públicas, 2015).

Es así, como desde el punto de vista operativo, estas iniciativas se traducen en una

respuesta articulada del sector e intersector para garantizar el acceso a la salud de los inmigrantes en Chile (Centro UC Políticas Públicas, 2015), orientando su implementación hacia el cumplimiento de unos criterios generales mínimos, entre ellos, el contar con un enfoque intersectorial, integral y focalizado en la Atención Primaria, necesarios para el logro efectivo de los objetivos. Lo anterior, en concordancia con la premisa de que cualquier intervención realizada, debía incluir un trabajo intersectorial que coordinara esfuerzos entre los sectores salud, educación, vivienda, registro e identificación, extranjería, consulados, organizaciones no gubernamentales, oficina del trabajo y sociedad civil, así como el desarrollo de actividades de promoción, prevención, asistencia, recuperación y rehabilitación (Demoscópica, 2009).

De esta manera, los alcances obtenidos en la comuna de Recoleta respecto del acceso a la salud de personas inmigrantes, a partir del Plan Piloto y el Programa de Acceso a la Atención de salud, podrían ser considerados como producto de la influencia del enfoque intersectorial descrito, toda vez que éste, es planteado como esencial para el desarrollo de dos de los *ámbitos de acción* : a) *Información sobre derechos y deberes*, y b) *acceso a la atención en salud*; siendo por sí mismo un caso de buenas prácticas de intersectorialidad a nivel local. Lo anterior, desde la comprensión, de que, si bien es una intervención influenciada y acompañada desde el gobierno central, son diversas las formas y los resultados que surgen al aterrizar un programa desde este nivel de gobierno a la práctica local (Demoscópica, 2009).

En este sentido, cobra relevancia la noción de que la implementación y sostenibilidad a través del tiempo del Programa de Acceso a la Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta, han sido posibles gracias a la experiencia de trabajo intersectorial que otorgó de forma complementaria el desarrollo del Plan Piloto y las instancias que con este fin operaron

en los distintos niveles gubernamentales. Las que, al mantenerse aún vigentes en el nivel local, permiten la vinculación de diversos actores en un trabajo articulado, en donde el Departamento de Salud erige el liderazgo.

Este hecho revela como la intervención sobre condiciones y mecanismos sociales que generan los procesos de salud – enfermedad no pueden ser resueltas por acciones exclusivas del sector salud, requiriéndose entonces un trabajo estratégico de éste con otros sectores. Lo que genera la necesidad de conocer las características de la acción intersectorial y su rol, en aquellas experiencias en donde partir de esta, se ha permitido dar solución a problemas en salud, como en este caso.

La acción intersectorial suele ser concebida como la respuesta a los problemas de salud por parte de los diferentes ministerios u organismos funcionales o sectoriales y en la actualidad, es un concepto que suele asociarse con la expresión “Salud en Todas las Políticas” (STP) (Cunill-Grau, 2014; OPS-OMS, 2015). Por otro lado, es definida como: una estrategia que vincula a distintos actores mediante un trabajo colaborativo con el fin de alcanzar de manera más eficiente y eficaz objetivos de políticas públicas” (Bedregal y Torres, 2013. pp 3), o tratar total o parcialmente los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. (Castell-Florit, 2003 citado por (Alvarez, García, Rodríguez, & Bonet, 2007)

El concepto de intersectorialidad alude a una práctica y supone una nueva forma de trabajar, de gobernar y de construir políticas públicas, de modo de superar la fragmentación de las estructuras sociales y del conocimiento. De esta manera, requiere la instalación de espacios de diálogo, formación de enlaces, y el desarrollo de procesos entre los sectores involucrados (Mendes & Akerman, 2007; Totaro, Maio, dos Santos, Cunha, & Wada, 2014).

Es por esto que conocer sobre las características de la acción intersectorial que hace parte del desarrollo de una política o programa, supone llevar a una instancia de análisis, la gestión de la misma. De manera que permite reconocer, que, si bien es necesaria dentro de ella la coordinación entre organismos y sectores participantes, existen diversas formas de relación entre los mismos. Además de grados de intensidad más altos de relación entre los sectores que la coordinación; incluso varias formas de esta, que son sustentadas en modelos heurísticos(Cunill-Grau, 2014).

Por otro lado, al no existir un único modelo de análisis para la intersectorialidad, describir el modo de gestión de ésta, dentro de una política o programa, es entonces un insumo pertinente para conocer si de algún modo, la forma como la intersectorialidad fue desarrollada, influyó en el alcance de los propósitos de una intervención. Esto siguiendo lo descrito por Brugué en 2010, quien posee una noción de intersectorialidad como aquello que se construye, a partir de desarrollar estrategias y respuestas conjuntas (Cunill-Grau, Reppeto, & Bronzo, 2015).

Es de considerar, que el desarrollo de acciones intersectoriales en salud, especialmente en el contexto local, puede resultar un proceso de alta complejidad. Lo anterior, por la influencia de condicionantes políticos, institucionales y organizacionales, lo que despierta un mayor interés y necesidad de ser estudiado. Esto en el sentido, de que es un proceso dialéctico y dinámico, donde es necesario implementar diferentes técnicas de negociación y mediación de conflictos, lo que implica la apertura de cada sector involucrado al diálogo, y a formar enlaces de cogestión y co-responsabilidad (Otalvaro & López, 2017; Totaro et al., 2014).

Sin embargo, a pesar de la relevancia y utilidad de la estrategia de acción intersectorial en el desarrollo de la gestión pública, aún son escasas las descripciones literarias que desde un

enfoque analítico muestran las experiencias sobre todo en el nivel local. Varios estudios han discutido diferentes experiencias de prácticas intersectoriales, pero el conocimiento de los mecanismos que sustentan la interrelación que se da entre los sectores, es aún escasa (Tess & Abujamra, 2014; Velásquez, 2017).

De acuerdo a esto, contar con mayor número de descripciones en esta materia, no sólo permite sentar bases de partida para que la estrategia pueda ser replicada, sino que permite develar para los organismos involucrados en su gestión, puntos de mejora que, al ser tomados en cuenta, garanticen mayores alcances en el logro de los objetivos y metas propuestos.

Por tanto, teniendo en cuenta lo anterior surge la necesidad de poder dar respuesta al interrogante: ¿Cuál es la forma de gestión de la intersectorialidad presente en el Programa de Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta?

## **II. Marco Teórico**

A continuación, se exponen las opciones conceptuales utilizadas para responder a la pregunta de investigación. Como se ha señalado, dicha respuesta involucra, analizar la gestión de la acción intersectorial que tuvo lugar en el desarrollo del Programa de Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta, a partir de reconocer los elementos que la caracterizan. Esto es, el tipo de relación que se da entre los sectores participantes, la forma como se presentan y el nivel de Intersectorialidad que surge a partir de estas.

Atendiendo a estas operaciones, el marco teórico se estructura de la siguiente forma: el primer y segundo apartado respectivamente, se orientan a conceptualizar la intersectorialidad y a establecer un marco analítico para la gestión de la misma. De modo de, generar un proceso descriptivo y comprensivo de esta última. El tercer apartado presenta los antecedentes y el contexto bajo el cual la inmigración se presenta como un problema en salud en Chile y en la comuna de Recoleta, con lo cual se establece un contexto para lo que se plantea como problema. El cuarto apartado, reconstruye la forma como emergen y se desarrollan las iniciativas de acceso y atención en salud para la población migrante en Recoleta, y el rol que juega la intersectorialidad en estas.

### **1. Intersectorialidad en salud. Una aproximación conceptual.**

La intersectorialidad es un tema comúnmente mencionado en el marco de la gestión pública, sin embargo, aún son escasas las construcciones teóricas respecto de esta, así como de herramientas prácticas para desarrollarla (Bedregal & Torres, 2013).

En la actualidad la colaboración intersectorial o intersectorialidad como se conoce en América Latina, ha adquirido relevancia debido al incremento en la comprensión sobre la causalidad multidimensional de la vulnerabilidad social, pobreza y exclusión aunado a un

marco en donde la protección social es considerada un derecho humano (Cunill-Grau, Fernández, & Thezá, 2013).

En este sentido, existen variadas expresiones de intersectorialidad dependiendo entre otras cosas, del sector y/o el nivel de propósito mayormente involucrado con los resultados. De este modo, cuando el sector salud y otros sectores conjugan esfuerzos para conseguir objetivos en salud, se define estar ante la presencia de una Acción Intersectorial para la salud (Tess & Abujamra, 2014)

En el contexto de la salud, la intersectorialidad no es un tema nuevo en la región de las Américas y tiene sus bases a partir de la declaración de Alma Ata en 1976, en el llamado “Salud para todos”, a lo cual se sumaron los aportes de la carta de Ottawa en 1986 en cuanto a la promoción de la salud y los debates sobre los sistemas locales de salud. Sin embargo, en la actualidad la intersectorialidad se ha asimilado a partir de la conceptualización de “Salud en todas las políticas”, enfoque adoptado desde 2013 en la declaración de Helsinki, que se centra en los determinantes sociales y ambientales de la salud, que a menudo se abordan de una forma más efectiva a través de políticas, intervenciones y medidas que incluyen al sector salud, pero que no dependen o se inician directamente desde éste (OPS-OMS, 2015).

Al tratar el tema de intersectorialidad en salud, es necesario reconocer que uno de los argumentos centrales para el desarrollo del trabajo intersectorial es la comprensión de la salud como un producto social, ya que, desde esta perspectiva, a la intersectorialidad se le asocia la propiedad de reducir inequidades al abordar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), siendo el acceso a la salud uno de ellos (Solar et al, 2009 citado por OPS- OMS, 2015).

Bajo esta perspectiva, según Castell-Florit en 2007, alcanzar resultados en salud, incorpora

cierto grado de complejidad, de modo tal que los actores y las acciones implicadas, deben trascender las fronteras del llamado “sector de la salud,” por lo que se hace necesario la construcción de una respuesta social organizada ((Sosa, Rodriguez, Alvarez, & Bonet, 2013).

Lo anterior ha permitido afianzar desde el contexto de la Salud Pública, que al abordar un problema que afecta la salud de las personas, surge en la agenda el abordaje de las inequidades y por ende de los determinantes sociales, y desde esta perspectiva, el sector salud no puede dejar de mirar hacia otros sectores sociales y gubernamentales a la hora de diseñar, planificar y ejecutar políticas, programas o acciones (Public Health Agency of Canadá, 2008).

Es así que la intersectorialidad, como componente de la planificación sanitaria constituye uno de los pilares de los procesos de organización y reorganización de la salud pública contemporánea y, por ende, de las funciones esenciales de los sistemas y servicios de salud. Esto, ha impulsado que, en muchas de las experiencias internacionales de reforma sectorial, desarrollados o propuestos en el último tiempo, sea considerada como una de las condiciones para su éxito, y, en consecuencia, para el mejoramiento de la salud de las poblaciones y sus factores sociales determinantes (Sosa et al., 2013).

Lo anterior, fundamentado en que la comprensión conceptual de la intersectorialidad en salud, necesita de partida, un enfoque sistémico de salud, desde donde se justifica y explica. Esto es, por un lado, asumir que los problemas en salud tienen formas variables y diversas, por su origen en los sistemas económicos y social; y por otro, entender que la salud pertenece al grupo de los sistemas altamente complejos, en el que coexisten un número muy grande de elementos, relaciones, propiedades, jerarquías y fronteras, que tienen numerosas formas de combinarse y recombinarse (Castell Florit, 2007).

La Intersectorialidad según Cunill-Grau (2014) alude a lógicas de acción colectiva entre el sector público, mercantil, mercantil no privado o comunidades, pero también alude a la organización funcional que se expresa en el aparato gubernamental entre sectores como: educación, salud, agricultura, entre otros. Según este mismo autor, en un sentido analítico cuando la intersectorialidad es concebida como la relación entre el sector público y el privado, el foco es la mejora en la prestación de servicios; mientras que, si la relación está dada entre distintos sectores gubernamentales, el foco se encuentra en la solución del problema, advirtiéndose además que el problema es multicausal.

Teniendo en cuenta que la intersectorialidad remite desde un principio a la integración de sectores con vistas a la solución de problemas sociales, surgen en su estudio dos premisas conceptuales para tener en cuenta, al momento de delimitarla y entenderla: a) La intersectorialidad tiene un fundamento político, ya que con esta integración se posibilita la búsqueda de soluciones integrales y b) La intersectorialidad posee un fundamento técnico, ya que las diferencias entre los sectores pueden ser usadas productivamente para dar solución a problemas sociales. De acuerdo a estas premisas, los sectores se corresponden con especialidades del conocimiento, y a su vez pueden referir a lógicas de acción colectiva y mecanismos de coordinación social. Así mismo la intersectorialidad también alude a un problema *cultural*, dada la “predominancia de un ethos corporativo institucional”, pero que, dependiendo de su puesta en práctica, puede conducir a la interdisciplinariedad y la transectorialidad (Cunill-Grau, 2005).

El concepto de intersectorialidad alude entonces a una práctica, que se produce en la iniciativa de articular sujetos de diferentes sectores sociales y por tanto de conocimiento; diversos poderes y estamentos, para hacer frente a problemas complejos. Esto, supone una

nueva forma de trabajar, de gobernar y de construir políticas públicas de modo de superar la fragmentación de las estructuras sociales y del conocimiento, para tener una mejor comprensión de la realidad, y efectos más significativos sobre el problema abordado. De esta manera, se requiere además, la instalación de espacios de diálogo, formación de enlaces, y el desarrollo de procesos de planificación, ejecución y control de los servicios entregados entre los sectores involucrados (Mendes & Akerman, 2007; Totaro et al., 2014).

## **2. Gestión de la Intersectorialidad. Un marco de análisis.**

La acción intersectorial para la salud es considerada una relación y un proceso, entre un actor del sector salud, con uno o más actores de otros sectores; y que surge, para llevar a cabo acciones en un tema, con el fin de conseguir resultados en salud de forma más efectiva y sostenible (Otalvaro & López, 2017). Sin embargo, así como la salud en todas las políticas, ha adquirido una variedad de expresiones praxiológicas por su sujeción a la manera como el gobierno de cada país puede regular los mercados - proveedores y coordinar la prestación de servicios sociales; conforme a esto, existen entonces una variedad de interpretaciones y operacionalización, que van más allá de aspectos técnicos (OPS-OMS, 2015).

Para Kalegaonkar y Brown (2000), citado por Cunnil-Grau (2005), la intersectorialidad sólo emergerá en la medida en que exista evidencia de que la solución al problema detectado no puede alcanzarse a través de un solo sector, apareciendo entonces en la práctica factores como la frustración con las soluciones monosectoriales y la distribución inequitativa de recursos, capaces de desencadenarla.

De ahí que, la intersectorialidad se presenta como solución y problema, por tanto, la primera tarea del sector de la salud, consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla, siendo la única vía para lograr las transformaciones que se requieren,

en la forma de abordar los problemas que influyen en el bienestar de la población (Castell-Florit, 2007). De manera semejante, la intersectorialidad ha sido descrita desde una concepción operacional como un método de gestión (qué), elaborado mediante un proceso sistemático (cómo) de articulación, planificación y cooperación entre distintos sectores de la sociedad (con quién) y entre diversas políticas públicas, para actuar sobre los determinantes sociales (para qué) (Akerman, Franco de Sá, Moyses, Rezende, & Rocha, 2014).

Se ha sugerido, que establecer la forma de gestión de una acción intersectorial, involucra necesariamente comprender la especificidad de la misma, así como identificar qué factores influyen y condicionan su producción, lo cual es posible lograr a través de la construcción de un marco analítico (Cunill-Grau, 2014).

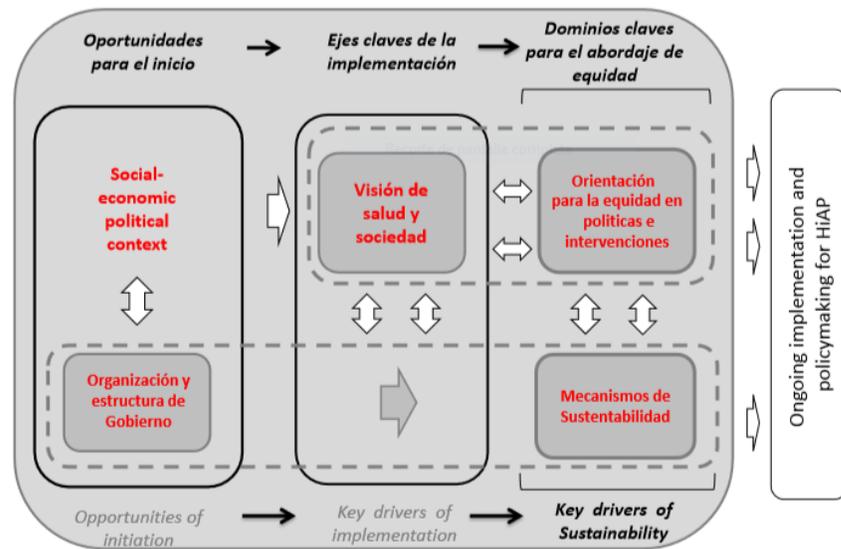
De acuerdo con esto, en el contexto de equidad en salud se ha propuesto un marco de análisis para el estudio y evaluación de intersectorialidad. En este, se describe que la implementación de la intersectorialidad surge a partir de la interrelación progresiva de varios elementos: *oportunidades para el inicio* (contexto socioeconómico y político; organización y estructura del gobierno), *ejes clave de implementación* (visión de salud y sociedad) y *ejes clave de sustentabilidad* (orientación de equidad en política e intervenciones, y mecanismos de sustentabilidad), los que son expresados en un diagrama (ver figura 1) (Solar, 2017).

De modo más profundo, los ejes de implementación involucran, la visión que el sector salud y los otros sectores tienen sobre salud; los patrones de relación entre los sectores y los patrones de relaciones con la sociedad civil. Mientras que los mecanismos de sustentabilidad, aluden, a la existencia o no, de mandatos y estructuras para el trabajo intersectorial (Solar, 2017).

Así mismo, desde la orientación de la equidad y/o política, es necesario considerar algunos

elementos conceptuales al momento de describirla, analizarla y/o evaluarla. Un primer elemento es la cobertura de la política o programa, en términos de universalismo o focalización; el segundo, es si en los contenidos existe una forma de integración de la jerarquía de los determinantes sociales de la salud; y el tercero es el análisis de la meta de las acciones intersectoriales: mejoramiento de la salud de grupos de mayor vulnerabilidad, reducción de las brechas en salud entre grupos vulnerables y los de mejor situación, y/o el abordaje del gradiente de salud en el conjunto de toda la población (Solar en 2010, citado por (OPS, 2015).

Figura 1. Diagrama Conceptual Analítico de la acción Intersectorialidad para la equidad en salud.



Tomado de: FLACSO (2016). *La construcción de la intersectorialidad - salud en todas las políticas desde la perspectiva de equidad y Determinantes Sociales de la Salud.*

De forma similar, en el marco del análisis de la intersectorialidad, se ha señalado que existen situaciones en que esta, tiene más probabilidad de aflorar, como: a) temas o competencias que sobrepasan la esfera de competencia de un órgano, b) proyectos que involucran a la ciudad o municipio como un todo, c) Descentralización de las políticas

sociales, d) Centralización de la formulación de las políticas sociales. Cada una de estas situaciones, posee además una operacionalización de intersectorialidad sustentada en la noción de que nuevas institucionalidades de carácter plural, pueden inducir a un mejor desempeño de las organizaciones que participan, existiendo por tanto combinaciones institucionales según las fases de gestión y cobertura de la política o proyecto social (Cunill-Grau, 2005).

Igualmente, se ha descrito la presencia de factores que influyen el surgimiento y el tipo de intersectorialidad que se presenta. De manera puntual autores como Castell-Florit (2007), agruparon y conceptualizaron estos factores, de modo tal que existen: *factores determinantes, condicionantes y desencadenantes*.

*Los determinantes*, aluden a los problemas de salud cuya naturaleza demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud por sí solo y están relacionadas con la situación natural y epidemiológica del trabajo; mientras que *los condicionantes*, aluden a condiciones previas que hacen proclive su materialización, tales como : voluntad política, papel del estado y gobierno, reformas adecuadas del sector sanitario, fortalecimiento de los ministerios, descentralización, recurso humano motivado, inversión tecnológica, sociedad organizada. Por otro lado, *los desencadenantes*, atienden al lugar en que tiene su ejecución la acción intersectorial y expresan las relaciones entre lo que se prevé y la capacidad de respuesta estructural, siendo estos: dominio de enfoques, técnicas, habilidades y tecnologías típicamente gerenciales, ciertos para cualquier entidad (Castell Florit, 2007).

En el marco de la implementación de una política o programa que pretenda abordar problemas sociales a partir de la intersectorialidad, se reconocen como asuntos críticos, el nivel gubernamental desde donde se inicia la formulación y ejecución de la estrategia, es

decir desde el nivel de base o comunitario (Botton up), desde el superior (Top Down) o de ambos niveles; y las relaciones que se dan entre ellos. Particular relevancia cobra el hecho, de que, en cualquiera de los casos, es requerido que, en el nivel de base, local o municipal, el organismo ejecutor, cuente con las capacidades institucionales y de recursos para no ver limitada su autonomía (Cabieses et al., 2017; OPS-OMS, 2015).

Por otro lado, existen razones para pensar que los enfoques de intersectorialidad en salud, aplicados a todo el gobierno y originados a nivel nacional pueden tener limitaciones para influir sobre algunos de los determinantes sociales de la salud, cuando no se ligan a proyectos integrales que se den desde las bases, debido a que es en este nivel donde se desarrolla la participación social o ciudadana, la cual es una herramienta con valor intrínseco para los fines perseguidos ( OMS-Public Health Agency of Canadá, 2008).

En cuanto a las fases de la gestión, una acción intersectorial no siempre es necesaria en todo el desarrollo de una política o programa social, a veces solo puede darse un diseño intersectorial con una ejecución sectorial, lo que supone arreglos entre las instituciones que permiten transformar mecanismos comunes de coordinación interinstitucional en aquellos de coordinación intersectorial, que al promover la creación de espacios de conversación, involucren a la sociedad a través de la *participación ciudadana* (Cunnil,2005).

En este sentido, para la acción intersectorial la participación ciudadana se torna entonces relevante, dado que toda estrategia que pretenda ser efectiva sobre determinantes sociales, debe incluir intervenciones que puedan modificar el contexto de los grupos vulnerables objeto de la misma, otorgándoles no sólo voz y mecanismos de control sobre dichas iniciativa estratégica, sino también un real involucramiento en los procesos de planificación y evaluación de la misma (Solar, Valentine, Rice, Albrecht, 2009).

## **2.1 Patrón de relaciones intersectoriales y Tipos de Intersectorialidad.**

Bajo una lógica de análisis, es de considerar la existencia de diversas formas como la intersectorialidad puede expresarse, de modo de responder a los propósitos específicos de la política o programa. Bajo esta mirada, Cunill-Grau, Repetto & Bronzo (2015), retoman los postulados de Corbett y Noyes (2008) y describen la existencia de distintos tipos de relación entre los sectores, los que a su vez reflejan distintos niveles de intensidad de la intersectorialidad.

Se plantea entonces, que la articulación puede darse en una clasificación de cinco niveles según el grado de intensidad de la intersectorialidad, siendo estos: la *comunicación*, nivel de intersectorialidad de más baja intensidad, en el que se discute y se intercambia información; *la cooperación*, es donde se establecen grupos de trabajo o comités que prestan apoyo general e intercambian información a los programas, servicios y objetivos de los otros; *la coordinación*, donde existen acuerdos interinstitucionales formales para trabajar, realizándose en forma conjunta, la planificación, coordinación de agendas, actividades, metas, objetivos y eventos; *la colaboración*, donde las agencias o individuos renuncian voluntariamente a una parte de su autonomía para alcanzar resultados compartidos; y *la consolidación*, que es el nivel de mayor intensidad intersectorial .

Por otro lado, Según lo descrito por Solar en 2009 citado por OMS-OPS (2015), la visión hegemónica sobre salud y sociedad influyen el tipo de relaciones que se establecen desde el sector sanitario con otros sectores, y el de los otros sectores, siendo posible identificar patrones de relación y a partir de estos, la intensidad de estas relaciones. Los patrones descritos son: *Información- Cooperación* cuyo foco de acción es la intervención sobre las enfermedades o un problema en salud; *Cooperación- Coordinación*, con foco de acción en la

prevención-promoción de la salud; *Integración*, con foco de acción en la intervención de los determinantes sociales de la salud.

La *integración*, constituye entonces el más alto nivel de intersectorialidad en términos de intensidad y complejidad de las relaciones entre los sectores; y alude a que los sectores trabajan juntos para resolver un problema que definen y asumen en común, siendo entonces resultado y expresión de la acción intersectorial (Cunnil ,2014). Llegar a esta definición es producto del ejercicio comprensivo realizado con la distinción, unificación y complementación de diferentes expresiones de integración intersectorial descritas por varios autores como Corbett y Noyes en 2008 y Howard y Morrison en 2007, con las cuales se establecen tipos de integración como: colaboración, convergencia, consolidación e integración (Ver Tabla 1).

Tabla N.1 Tipos de integración intersectorial

Colaboración	Convergencia	Consolidación	Integración
Estándares de cualificación del personal.	Disposiciones contractuales para la transferencia / reasignaciones de fondos.	Planes y presupuestos multiagencias / multiáreas / multidisciplinas.	Acuerdos formales entre servicios.
Formularios/procesos de solicitud únicos.	Acuerdos contractuales con una “agencia rectora”.	Equipos interagenciales para el suministro continuo de servicios	Metas y objetivos compartidos claramente definidos.
Protocolos de manejo de casos comunes	Aportes presupuestarios / recursos compartidos ( <i>Pooled resource</i> )	Planificación interagencias fusionada / división del trabajo / responsabilidad.	Legislación que requiere asociación entre agencias

Administración funcional Centralizada	Capital humano / activos físicos fijos compartidos	Fusión de algunos sistemas de gestión.
Autoridad de coordinación / (re) programación de tic		Fondos compartidos. Arreglos comunes de gobernanza.
		Enfoque de conjunto para la capacitación, la información y las finanzas.

*Fuente: Tomado de Cunnil (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual*

## **2.2 Dimensiones de Intersectorialidad y Nivel de Integración.**

Existe un supuesto dominante que conecta directamente intersectorialidad con integralidad, y que yace en el enfoque de la primera como un modelo de gestión en sí misma. En este sentido se resalta, que pocas veces se problematiza sobre los niveles de la integración gubernamental y las formas cómo pueden ser logradas, generándose en la práctica limitaciones de información sobre el modelo de gestión de la acción intersectorial, así como dificultades para establecer cuál podría ser un modelo adecuado o que factores influyen la presentación de dicho de modelo (Cunnil, 2014).

En este sentido, se hace importante denotar que no existe un único modelo de intersectorialidad; de hecho, en instancias de recopilación y análisis de experiencias en esta materia, ha surgido la idea de que no es posible describir un modelo universal para la acción intersectorial en el campo de la salud, dado que los contextos sociales, políticos y económicos varían ostensiblemente (Public Health Agency of Canadá, 2008).

Tomando en cuenta lo anterior, se ha afirmado previamente que describir una estrategia intersectorial incluye de forma indefectible, someterla a un proceso analítico, que supone describir el modo de gestión que involucra, así como conocer la ejecución de la misma. Esto, a partir de dar respuesta a interrogantes tales como: qué se integra, quienes intervienen, dónde y cómo se produce. Sin embargo, también implica reconocer e identificar la manera como se presentan en ella, ciertas dimensiones como: *Integración*, *Inclusividad*, y *Mancomunidad*, cuya presencia e intensidad la modelan; y que pueden, ser determinantes en el alcance de los fines perseguidos (Bedregal & Torres, 2013; Cunill-Grau et al., 2013).

La *integración* entonces, está presente en todas las definiciones de intersectorialidad. La *inclusividad*, afecta desde el diseño hasta la evaluación de las acciones, y *la mancomunidad*, interpela a la solidaridad o al poder; ya que, según lo descrito por Méndez y Fernández (2004), supone compartir recursos, responsabilidades y acciones (Cunill, 2005).

Intentar establecer el modelo de intersectorialidad presente en una política o programa social, no sólo requiere identificar si están presentes la inclusividad y la mancomunidad, sino además establecer cómo la forma de esta presentación, incide en la integración de los sectores participantes. Es decir, si facilita los propósitos de transformación integral requeridos. De acuerdo con esto, es necesario examinar: el grado de inclusividad del ciclo de políticas (o programa), el grado de mancomunidad en la ejecución de las acciones y el grado de alteración de las formas organizacionales previas (OPS- OMS,2015).

Para Cunill, Fernández y Thezá (2013), inclusividad y mancomunidad facilitan la expresión de integración; hay inclusividad entonces, cuando los sectores y niveles gubernamentales trabajan en el diseño, planificación y evaluación de las acciones; y mancomunidad cuando estos comparten recursos, responsabilidades y acciones. En este

sentido habría integración de *alta intensidad*, cuando hay inclusividad y mancomunidad. De *baja intensidad*, cuando los sectores involucrados no participan del diseño y planificación (no hay inclusividad) o cuando hay mancomunidad sólo en determinadas acciones. De igual forma, existe baja intensidad cuando hay inclusividad en el diseño, pero no mancomunidad en la ejecución o viceversa. En resumen, la mayor integración se produciría cuando hay inclusividad en la formación de las decisiones, junto con mancomunidad en la ejecución y se crean estructuras para la gobernanza común (Ver Tabla 2).

Tabla 2. *Niveles de Integración en acción intersectorial*

Alta Integración	Baja integración
<p>Se comparte la formulación de sus decisiones (incluye asignaciones), su seguimiento y evaluación (Inclusividad del ciclo de sus políticas) -Planificación conjunta - Programación presupuestaria común -Seguimiento y evaluación compartidos</p>	<p>Solo se abarca una parte del ciclo de las políticas  Las actividades básicas de planificación, elaboración del presupuesto y evaluación, siguen siendo asumidas sectorialmente</p>
<p>Se comparte la ejecución de las decisiones, la información y los recursos: (Mancomunidad) -Acciones. Recursos y responsabilidades compartidas con un funcionamiento en red</p>	<p>Sólo se comparten asuntos operacionales El financiamiento de las acciones queda a cargo de una autoridad central</p>
<p>Se producen alteraciones en las estructuras organizativas sectoriales (Estructuras organizativas suprasectoriales al menos para gobernanza común)</p>	<p>No existen arreglos para la acción intersectorial, salvo algún tipo de instancia técnica multisectorial</p>
Intersectorialidad de Alta intensidad	Intersectorialidad de Baja intensidad

Fuente: Tomado de Cunill (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual

Según Cunill-Grau et al., (2013) las estrategias colaborativas en una política o programa social deben estar alineadas con los propósitos específicos perseguidos. Esto significa que,

pueden existir distintos grados de relación entre los sectores gubernamentales y que si, se pretende el abordaje integral de un problema social, la intersectorialidad de alta intensidad, con las características que se describieron con anterioridad, es un asunto que debe construirse.

En el marco del presente trabajo, el análisis de intersectorialidad, requiere comprender también, que de acuerdo al nivel en donde se toman las decisiones, ésta puede darse a nivel nacional, regional, municipal o local; siendo un imperativo este último (Agencia de Salud Pública de Canadá-OMS, 2008; Otálvaro y López, 2017). De hecho, en el contexto de la implementación de una política o programa, esta pueda darse en todos los niveles gubernamentales, siendo influenciada entonces por las relaciones que se den entre ellos. En este sentido puede ser útil conocer, de qué modo las relaciones intergubernamentales facilitan la intersectorialidad, así como cuáles dispositivos se han establecido para su coordinación. Esto en consideración de que el actor nacional siempre es influyente, así como los acuerdos alcanzados en cuestiones operativas (OPS-OMS, 2015).

De esta manera, es de considerarse que el trabajo intersectorial en salud en el nivel local, puede representar un gran esfuerzo para los actores que participan en esta instancia. No obstante, su desarrollo es generador de insumos relevantes como: el comprender los problemas a enfrentar, configurar procesos de mayor sustentabilidad, elevar el alcance de las acciones, así como para hacer rendir los recursos disponibles (Otálvaro y López, 2017).

Es así como, la intersectorialidad aparece como una práctica. La que se expresa a través de una red de compromiso social con enlaces estructurados, en el que las instituciones, las organizaciones y los individuos, se organizan para hacer frente a un problema de la sociedad en un territorio determinado (Totaro et al., 2014).

De acuerdo con esto, surge la idea, de que la intersectorialidad no aflora simplemente por la mera unión de sectores que son llamados a causa de una situación problemática, o una delegación del sector de responsabilidad a otro. Se requiere un espacio para compartir el conocimiento, la experiencia, pero sobre todo se requiere el establecimiento de compromisos, porque establecer una red no es solamente un protocolo. Esto según lo descrito por Couto; Esbelta, 2010 citados por Totaro et al., 2014.

Con todo, se hace importante resaltar que la intersectorialidad en salud más que un concepto, es una forma de gestión, basada el reconocimiento de la complejidad e interdependencia de los problemas de salud , y que requiere de la complementariedad de la acción humana (Mendes & Akerman, 2007; Souza, 2017). Por lo tanto, la pretensión de un análisis de esta gestión, debe involucrar la visión de intersectorialidad como un proceso, que no ocurre automáticamente, sino que es un ejercicio de construcción cotidiana que tiene avances y retrocesos, máxime cuando ocurre en el espacio local como respuesta a las demandas en el territorio (Pigatto, Ramos, Araújo, Simone, & Marino, 2010).

### **3. Migración Internacional en Chile. Un trabajo para el sector salud.**

Dado su crecimiento sistemático y a su visibilidad, la migración internacional es un tema que cobra relevancia en Chile y a nivel mundial. Alrededor de 175 millones de personas en el mundo son migrantes (3% de la población total), existiendo estimaciones de 230 millones para el año 2050 según Mujica (2003) citado por Demoscópica en 2009.

Sin embargo, la visibilidad de la migración internacional como fenómeno atiende en la actualidad a una consideración de “problemática”, dado lo contradictorio que resulta ser su inserción en el mundo globalizado, toda vez que éste, estimula el crecimiento económico fomentando la movilidad de capital, pero incrementa las brechas entre regiones-países más y

menos desarrollados.

Por otro lado, el incremento de estas brechas es lo que a su vez motiva el movimiento de personas en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades. Producto de ello, ocurre una circulación por varios países de mano de obra inmigrante, que pretende ser acogida y poder asentarse, pero que se enfrenta con mayores situaciones de desmedro socioeconómico en el país receptor, dado que, con frecuencia, existen en estos políticas de restricción migratoria (Demoscópica, 2009).

Chile es considerado un país receptor de migrantes, tiene un recorrido histórico al respecto con diferentes niveles de significación; en la actualidad se visibiliza como tal en la región de las Américas, dada su alza sostenida en la cantidad de personas que ingresan a residir en el país, lo cual atiende a una serie de condiciones económicas, políticas y administrativas que lo hacen atractivo como lugar de destino. La distribución de la población migrante está dada a partir de una mayor ubicación en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso y la RM, concentrándose en esta última el mayor número (64%), aunque no constituyan la máxima representación, ya que son el 3,4% del total de la población de la región, cifra inferior en comparación a las otras regiones (Cabieses et al., 2017; Municipalidad de Santiago, 2014).

El fenómeno migratorio en la RM, es llamativo, no sólo por ser la región con mayor cantidad de migrantes, sino porque su distribución territorial reproduce las inequidades presentes en la sociedad chilena. En particular, inserta a aquellos inmigrantes con un nivel socioeconómico medio o medio alto y alta escolaridad, en el área oriente, mientras que los migrantes de nivel socioeconómico bajo, con baja escolaridad, tienen una inserción laboral precaria y segmentada y se localizan en el centro y norte de la capital (Correa, 2018).

Cabe señalar, que la migración es identificada como un determinante social de la salud

tanto en el mundo como en Chile. Sin embargo, no es por sí misma un riesgo para la salud, ya que son las condiciones encontradas durante el proceso migratorio (prepartida, trayecto, destino, retorno), las que exponen a las personas a vulnerabilidad biológica, social y psicológica entre otras (Cabieses et al., 2017).

En Chile, el marco jurídico relativo a la migración está expresado en dos instrumentos: la Ley 1094 de 1975 conocida como Ley de Extranjería y el Decreto Supremo N. 597 de 1984 identificado como el reglamento de extranjería. La primera, establece disposiciones que reglamentan aspectos como: el ingreso al país, la residencia, la permanencia definitiva, el egreso y reingreso, expulsión, control de extranjeros, etc.; además del tipo de visado a los que puede acceder un extranjero al ingresar y permanecer en el país.

En este sentido dicha ley estipula las habilitaciones e inhabilitaciones para un extranjero al encontrarse en territorio nacional, entre las cuales destaca el poder realizar cualquier actividad remunerada, posibilidad restringida para aquellos en condición de residentes temporarios como turistas, estudiantes, residentes oficiales y diplomáticos, y que en la actualidad es alcanzable sólo para aquellos que cuenten con una visa temporaria sujeta a contrato o residencia definitiva. Lo anterior cobra relevancia, si se toma en cuenta que la posibilidad de realizar actividad remunerada es el elemento central de inserción social para un inmigrante en Chile. Toda vez, que le permite la incorporación al sistema de protección social, y le entrega con esto, la posibilidad de obtener atención en salud (Demoscópica, 2009).

Para Cabieses y et al., (2017) el país posee pocos datos estadísticos sobre las condiciones de salud de los inmigrantes, existiendo un número reducido de estudios que abordan temas de salud y migración y que en su mayoría describen el “efecto del migrante sano”, aunque

relevan la existencia de subgrupos con marcada vulnerabilidad socioeconómica, en donde aquellos en el nivel más bajo de esta dimensión, son los que reportan peores estados de salud.

Como evidencia de tal condición surgen datos de la encuesta Casen 2013, que reportan que el 8,9% de las personas extranjeras en territorio nacional referían no tener previsión de salud, destacándose el grupo de 0-14 años como los de mayor proporción, así como que el porcentaje de inmigrantes sin previsión es superior al de la población local, quienes sólo representaban un 2,5% (Cabieses et al., 2017). Para el caso de la Región Metropolitana, estos hallazgos han de mantenerse en el tiempo, reflejando esta misma realidad. Los datos de esta misma encuesta en 2015, revelan que la proporción de población inmigrante que no se encuentra afiliada a ningún sistema alcanza al 15%, mientras que entre los chilenos este porcentaje es de sólo 2,8% (Seremi Metropolitana de Desarrollo Social, 2017).

La existencia de vulnerabilidad social de los inmigrantes en Chile, ha podido ser establecida también, a partir del uso de información censal en el análisis de las dimensiones de desempleo, nivel educativo y discapacidad del Índice de Deprivación Múltiple (IDM). De acuerdo a esto, si bien la información existente (Censos 1992 y 2012) revela que a nivel nacional la vulnerabilidad social de los inmigrantes no es mayor que la de la población general, si evidencia, la existencia de mayor concentración de población migrante vulnerable en comunas con alto asentamiento de estos, entre ellas Recoleta. Esta información es relevante si se consideran los efectos socio-territoriales que pueden producirse, ya que en esta comuna también existe una alta concentración de población vulnerable local (Cabieses et al., 2017).

Producto del alza constante en las cifras de inmigrantes que llegan a Chile, y de las condiciones de vulnerabilidad social y de salud que poseen, que entre otras, se expresan en la

existencia de una cifra importante de personas sin previsión en salud, se generó la necesidad de definir cómo enfrentar la situación de salud de los inmigrantes internacionales, teniendo en cuenta además que son una población heterogénea según el país de origen, la razón para migrar y los problemas de salud que pueden presentar (Cabieses et al.,2017).

Otro elemento a tener en cuenta es la caracterización más o menos coincidente de esta población en la mayoría de informes de estudios o reportes institucionales de los últimos años y entre los cuales se destaca en 2014 el del Departamento de Migración y Extranjería (DEM) que en razón del análisis de las visas entregadas en 2014-2015 resaltó como hallazgos principales, un mayor número de personas con nacionalidades de origen de: Perú, Colombia y Bolivia; una leve feminización de la población extranjera, y una concentración en el grupo de 20-35 años de edad, es decir una población joven y que se encuentra en edad de laborar (Cabieses et al., 2017).

En la actualidad, el perfil de la población migrante en Chile, da cuenta de personas jóvenes entre los 15 y los 45 años (67,3%), en su mayoría mujeres (51,9%), en edad fértil y laboralmente activas; con promedio de escolaridad de 1,6 años más, que la población nacida en Chile; con baja prevalencia de enfermedades crónicas, y expuestos mayoritariamente a riesgos laborales como accidentes y/o traumatismos (Seremi Metropolitana de Desarrollo Social, 2017). A la vez, se hace necesario considerar que un porcentaje de esta población se encuentra en el país de forma irregular, dato que no es posible precisar, pero que refiere vital importancia, en la medida que son estas personas las que pueden exhibir, mayores condiciones de vulnerabilidad (Concha & Mansilla, 2017).

El incremento de la migración hacia a Chile y la instauración del tema migratorio como parte de la agenda internacional fomentó la participación del gobierno de la presidenta

Bachelet en sus dos períodos de gobierno, esto es 2006-2010 y 2014-2018, en la firma y ratificación de una serie de tratados de derechos humanos que buscan dar protección social a migrantes y refugiados. Entre estos destaca, la política migratoria decretada en el año 2008, a través del instructivo N.9, en el que Chile se declara país de acogida y en el cual el MINSAL y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), asumieron como marco ético la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares, de las Naciones Unidas (Concha & Mansilla, 2017). Sin embargo, con anterioridad el país, dio pasos previos para la generación de marcos regulatorios que permitieran abordar las desigualdades y mejorar el acceso (Correa, 2018).

Con base a los antecedentes descritos, y que han despertado el interés del gobierno a nivel central y municipal, la migración internacional ha recibido atención a nivel comunitario al constituirse en un fenómeno social dadas las condiciones de vida de aquellos que la experimentan y que determinan entre otras cosas su situación de salud. Esto generó de forma paulatina en el tiempo, una serie de respuestas sectoriales puntuales (ver figura 2), en las que se priorizaron grupos que fueron identificados como más vulnerables (Cabieses et al., 2017). De este modo, se cuentan intervenciones del gobierno central, que a través de acuerdos intersectoriales entre el Ministerio de salud (MINSAL) y Ministerio del Interior (oficios N.1179 y 6232 de enero y mayo de 2003) priorizaron la protección de los grupos mayormente expuestos a situaciones de vulnerabilidad tales como mujeres embarazadas, niños (as) y adolescentes y personas en situación de urgencia de requerir atención en salud (Centro UDP Derechos Humanos, 2015).

Así mismo, en 2007, la subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL (2017) indica que: “el extranjero con algún permiso de residencia en Chile, tendría acceso a la salud según

lo indica la ley por medio de la cotización del 7% del Fondo Nacional de Salud (FONASA) o de alguna institución privada de salud (ISAPRE u otro)”. Mientras que los migrantes que se encuentren en situación irregular tendrían “acceso a la atención de urgencia en los establecimientos de la red asistencial de los Servicios de Salud y/o a atenderse de forma privada cancelando el valor de las prestaciones médicas u hospitalarias” (Correa, 2018).

Figura 2. Línea de tiempo Migración e Intervenciones desde Salud



Fuente: Tomado de Cabieses, 2018. Salud de Personas Migrantes Internacionales en Chile: Evidencia y desafíos pendientes para salud pública.

Por otro lado, los reportes finales en 2008 y 2009, de los estudios adelantados por un grupo que luego en 2014, se constituyó como el equipo Asesor en Salud de Inmigrantes y Refugiados (SIR) del MINSA; arrojaron antecedentes relevantes para las políticas actuales en materia de acceso de salud para estas personas. El trabajo logrado, a través de mesas temáticas permitió formular e implementar un Programa de Acceso a la Atención en Salud para Inmigrantes y en base a este desarrollar un Plan Piloto de Salud para Inmigrantes, ambos de ejecución tanto en Recoleta, como en otras comunas a nivel regional y nacional. En conjunto ambas iniciativas, pretenden reducir las barreras de acceso a salud y atención en salud para esta población, a partir de estrategias a nivel local que incorporen la

intersectorialidad y la participación ciudadana, tanto en la identificación de dificultades como en la búsqueda de soluciones (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

En 2014, se firma además un convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y FONASA. En este, el Estado entrega directrices para la atención de salud del inmigrante que haya solicitado: permiso de residencia definitiva por primera vez, prórroga o una nueva visa o a quienes estén tramitando el cambio de visa temporal a permanente. Con la firma de este convenio, FONASA debía acreditar como beneficiarios en los tramos establecidos, a todos los solicitantes de visa de residencia, asignándoles un número de identificación interno que se liga a un número de identificación provisoria entregado por el DEM. Esta asignación se producía en horario de oficina, de modo que se demoraba la para los usuarios que consultaban durante la noche, días festivos o fines de semana. En consecuencia, en caso de una urgencia o necesidad de hospitalización, se debía esperar a la asignación de este número provisorio para poder ingresar al usuario al sistema, lo que podía demorar hasta 5 días para ser trasladado o ser atendido (Correa, 2018).

En enero de 2015, se aprobó como tal, el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes de la Subsecretaria de Redes Asistenciales (SRA), que hoy cuenta como logro asociado, la Modificación al Decreto N.110 (29 de mayo de 2015) en la “circunstancia 4”, que permite que toda persona inmigrante sin documentos al día sea considerada como carente de recursos y puede acceder al sistema público de salud (Centro UC Políticas Públicas, 2015).

El programa consta de cuatro pilares conceptuales: enfoque de derechos humanos, enfoque de determinantes sociales, enfoque de participación y enfoque de interculturalidad en salud, y fue implementado en Recoleta y otras cuatro comunas, de tal forma que en su etapa inicial

impulsara el desarrollo de un plan piloto, en base al cual se formularía una política de salud para inmigrantes (Centro UC Políticas Públicas, 2015; Cabieses et al., 2017).

El plan piloto, se insertó desde su origen en un contexto que incluyó considerar: el mantenimiento o aumento de la llegada de inmigrantes a Chile dado el crecimiento sostenido en los últimos años; un aumento de demanda en el acceso a servicios como efecto natural de decretos de amnistía en el proceso de regularización aplicados en 2007 y 2008; un mantenimiento o aumento de personas en situación irregular por el incremento en la llegada de nuevos inmigrantes; y la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica, que permitiera adecuar la oferta a las necesidades sanitarias de esta población, además de tener un control de las enfermedades tanto de estos como de población chilena. Todo esto aunado a la evidencia de bajo acceso a la atención en salud y a la sobrecarga laboral experimentada por estas personas, con lo que se aumenta el riesgo de enfermar tanto para ellos como para su familia (Demoscópica, 2009).

Las acciones del plan piloto al alero del Programa de Acceso a la Atención, estaban focalizadas en la atención primaria, nivel de desarrollo de este último. Sin embargo, incluía actividades en otros ámbitos. De esta manera involucró a todo el intrasector, a partir de actividades en seis niveles de acción: Atención Primaria, Hospitales, Servicios de Salud, SEREMI, FONASA, superintendencia de salud (Cabieses y et al, 2017). Además, contenía en su esfera práctica tres componentes esenciales: *información sobre derechos y deberes, acceso a la atención en salud y calidad en la atención en salud*, los mismos que se forjaban a través de las acciones del programa.

Para el desarrollo del trabajo organizado y sistemático, el nivel central a partir del Ministerio de Salud, dispuso ciertas directrices de ejecución sectorial a partir de una

orientación técnica, desde donde desarrolló acciones facilitadoras y de acompañamiento. Desde las orientaciones, se estipulan ciertas consideraciones técnicas de implementación, se demanda la conformación de una Mesa Regional de trabajo y se plantean acciones específicas para cada nivel, particularmente del Programa de Acceso a la Atención en el nivel primario (Cabieses et al, 2017; Centro UC Políticas Públicas, 2015). Respecto del trabajo intersectorial, desde las orientaciones del plan se insta a la construcción de un plan de acción, que aborde desde un enfoque intersectorial las necesidades de los inmigrantes, de acuerdo a su realidad local (DIVAP, 2015).

De acuerdo a las orientaciones técnicas mencionadas, el Programa de Acceso a la Atención insuma a los resultados y productos del plan piloto a partir del cumplimiento de tres ámbitos o componentes y sus acciones específicas. Estos, se expresan conceptualmente en tres objetivos estratégicos, para cuyo alcance es requerido el trabajo intersectorial particularmente en los dos primeros. Dichos componentes son: *Difusión de deberes y derechos en salud en población inmigrante y participación social de inmigrantes; Acceso y calidad de la atención en población inmigrante; Modelo de atención y protocolos en red para atención de salud en población inmigrantes.*

#### **4. Programa de Acceso a la Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta.**

Como se afirmó anteriormente, el desarrollo del plan piloto en la comuna Recoleta ha sido implementado, con acompañamiento del MINSAL y SSMN. Por otro lado, existió además el direccionamiento de la SEREMI de Salud, quien ejercía el rol de liderazgo de la Mesa de Trabajo Regional antes mencionada. Conviene subrayar, que, a nivel local, el liderazgo ha sido ejercido por el Departamento de Salud, en el marco del convenio establecido entre el MINSAL y la Municipalidad de Recoleta para la ejecución del programa de atención en salud

para inmigrantes.

Durante la implementación, la municipalidad como organismo administrativo local y en quien recae, buena parte de la ejecución de la estrategia, en consideración a la descentralización funcional de la estructura gubernamental en el país; ha desarrollado acciones concretas para alcanzar lo propuesto desde cada *ámbito de acción* del programa.

Sin embargo, existen relaciones y acciones, y con ellas formas de planificación y ejecución, modeladas por el contexto de la municipalidad y su forma de gobierno. Las que han surgido a cuenta propia, ante la necesidad de dar respuesta a los problemas que aquejan a su población, así como, en el proceso de aterrizar una política social, desde el nivel de gobierno central a su realidad como gobierno local.

En la operacionalización de cada ámbito del programa en Recoleta, se hizo necesario el desarrollo de acciones intersectoriales, a partir del trabajo articulado con organismos intra e intersectoriales, toda vez que fueron requeridos para el alcance de los objetivos. De esta manera en el nivel de gobierno local, se constituyeron y funcionaron, distintas instancias de trabajo. Tales como: *Comisión Mixta por cada CESFAM, Mesa Técnica Municipal, Mesa Macrozonal*. Estas, desde una perspectiva sistémica, han estado influenciadas por otras instancias constituidas, en el nivel regional y Nacional: *Mesa Regional del Piloto, Mesa Local SSMN, Grupo Técnico de Inclusión Social* como parte del Consejo de Política Migratoria (Ver tabla 3).

Tabla 3. *Instancias de Trabajo Intersectorial Programa –Piloto de Salud en Recoleta*

Nivel de Instancia	Organismos Participantes	Sector que lidera
Gobierno		
Nacional	Ministerios de Vivienda y Urbanismo, del Interior y Defensa (Dpto. de Extranjería), de Salud (Programa Acceso a Salud para inmigrantes), Educación, de Desarrollo Social.	Defensa
Regional	SEREMI de Salud, FONASA (Oficina Norte), Organizaciones No Gubernamentales, SSMN, Dpto. Salud Municipales: Independencia y Recoleta.	Salud (SEREMI)
	SSMN, Dpto. Salud Municipales: Independencia y Recoleta, Academia.	Salud (Servicio Metropolitano Norte)
	Dirección Desarrollo Comunitario (DIDECO), Dpto. Salud, Mesa Migrantes, CESFAMs, Dpto. de Educación.	Salud (Dpto. Salud Recoleta)
	Dpto. Salud Recoleta, CESFAM, Educación, Cultura.	Salud (Dpto. Salud Recoleta)

Fuente: Elaboración propia

Estas instancias actuaron de forma transversal en el desarrollo de cada uno de los ámbitos del programa. Los que se constituyeron en orientadores de las conexiones que surgieron entre los distintos sectores u organismos. El contenido del programa, así como los organismos participantes, se encuentra resumido en la siguiente tabla.

Tabla 4. *Contenido Programa de Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta y sectores participantes.*

Ámbito	Actividades	Organismos involucrados
Información derechos y deberes	-Actividades de difusión de deberes y derechos a población inmigrante (ferias, plazas, elaboración material impreso, formaciones líderes o agentes comunitarios) -Actividades de participación social con líderes comunitarios de la población inmigrante.	FONASA, SSMN SEREMI, Municipalidad: Dpto. de Salud, Educación, DIDECO (oficinas migrantes, funcionarios territoriales), Dirección de Medio Ambiente, Aseo, Ornato y áreas verdes (DIMAO), Junta de vecinos, Mesa Migrantes, ONGs (INCAMI, Servicio Jesuíta Migrantes).
Acceso a la atención en salud	-Implementar actividades para mejorar el acceso a la atención de salud de la población inmigrante. -Capacitación a funcionarios para reforzar habilidades interculturales y el marco de derechos de salud de los inmigrantes.	MINSAL, FONASA DEM- DAS Ministerio del Interior. Municipalidad: Dpto. de Salud, Educación, DIDECO (oficina migrantes), Mesa Migrantes

---

Calidad en la atención en salud	-Diseño e implementación de proyectos comunitarios de mejoramiento de la Atención de Salud a inmigrantes. - Diseño, implementación y evaluación de protocolos de atención de salud a inmigrantes (locales y en la red asistencial).	SSMN Municipalidad: Dpto. de Salud, Educación, DIDECO (oficinas migrantes) Mesa Migrantes CESFAM
---------------------------------	--	--

---

Fuente: Elaboración propia basado en MINSAL (2015) y Demoscópica (2009)

Es importante mencionar que el plan piloto inició su implementación a través de un plan de acción anual inicial para el periodo 2015- 2016, y se mantuvo a partir de un segundo plan anual 2016-2017. Sin embargo, su esencia funcional se conserva hasta hoy, dado que el Programa de Acceso a la Atención, adquirió una perspectiva de desarrollo más amplio, manteniéndose vigente no solo en Recoleta sino en otras 17 comunas. 9 de ellas pertenecientes a la Región Metropolitana (Ministerio de Salud de Chile, 2017).

Se hace necesario mencionar, que las instancias de trabajo en el nivel local surgieron paulatinamente. De hecho, fueron surgiendo como respuesta a las necesidades de organización, que impuso para la municipalidad el alcance de los objetivos tanto del plan como del programa. De acuerdo a esto, en 2015 una primera instancia local fue desarrollada, siendo esta la denominada Mesa Técnica, desde donde se coordinaban las acciones necesarias para dar cumplimiento a los propósitos del programa y el plan piloto.

Dicha mesa era liderada por el Depto. de Salud de la Municipalidad, con participación de representantes de cada uno de los Centros de Salud Familiar de la comuna, de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), de la oficina Migrantes, y la Mesa Migrantes. Sin

embargo, a finales de 2016, estas acciones son asumidas por la Comisión Mixta Educación-Salud y Humanidad de la municipalidad, en la que se mantienen los mismos representantes de las unidades municipales, más un representante del departamento de Educación. De igual modo, esta última instancia, fue replicada en los territorios, surgiendo entonces una mesa por cada uno de los cuatro CESFAM; teniendo como fin, ofrecer mayor pertinencia y especificidad a las acciones emprendidas en cada uno de ellos.

Así mismo a inicios de 2017 y en el marco de la creación de un decreto alcaldicio dentro del plan de promoción de salud, con el que se impulsa el abordaje de los territorios a partir de mesas de trabajo macrozonales, es conformada una mesa municipal comunal y son instaladas mesas en cada macrozona de la comuna. Estas, son lideradas por el dpto. de salud y tienen el propósito de promover de forma transversal el trabajo intersectorial, de forma tal, que se cree una red para el desarrollo de actividades y se fortalezca, el progresivo avance de los ejes estratégicos de la gestión comunal. De esta forma, es relevado el rol y aporte del trabajo intersectorial en los proyectos y programas que se desarrollan en la comuna, con la pretensión de abordar todos los temas y problemáticas existentes, entre ellos el acceso y atención en salud para inmigrantes (Municipalidad de Recoleta-b, 2017; Municipalidad de Recoleta -a, 2017).

Cabe señalar, que desde el 2014 en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) se instala el concepto de trabajo intersectorial. No obstante, el proceso resulta complejo y este no prospera, entre otras cosas, porque los distintos departamentos no logran trabajar en colectivo, a pesar de contar con una mirada comunitaria. Esto se expresa en la baja participación de los involucrados, situación que se repite en 2015, con las Mesas Barriales que son conformadas y que son lideradas por la Dirección de Desarrollo Comunitario

(Municipalidad de Recoleta -a, 2017).

La implementación del programa y el desarrollo del plan piloto, han favorecido como se esperaba, el logro de importantes avances en este tema en la comuna de Recoleta. Por un lado, se produjo un incremento de la población inmigrante inscrito a los CESFAM de la comuna; y por otro, ha existido un mayor acceso de estas personas a dichos centros.

Es así, que, en el marco del primer avance evaluativo del piloto realizado por el MINSAL en 2017, el Departamento de Salud de la comuna, reportó a 2016, un total de 90.448 personas inscritas en los CESFAM de la comuna. Siendo 10.461 los extranjeros inscritos y 3672 los adscritos, los que en total suman 14.133 extranjeros. Es decir, 6874 extranjeros más entre 2015 y 2016, frente a los 7259 en 2014 (Departamento de Salud Recoleta, 2017). Se debe agregar, que los extranjeros adscritos son aquellos que están en proceso de regularización, por lo tanto, no están considerados dentro la población inscrita validada. Estos datos son resumidos en la siguiente tabla.

Tabla 5. *Distribución de extranjeros que reciben atención en Salud en Recoleta en el período 2014-2016*

<b><u>Categoría</u></b>	<b><u>2014 (Línea de Base)</u></b>	<b><u>2015</u></b>	<b><u>2016</u></b>	<b><u>Incremento</u></b>
Inscritos	6655	8671	10.461	3806
Adscritos	604	936	3672	3068
Total	7259	9607	14133	6874

Fuente: Municipalidad de Recoleta, 2017. 3ra Jornada Nacional de Migraciones y Salud.

También existieron avances en términos de mejoría en el sistema de registro en los establecimientos de salud, lo que permitió conocer la distribución territorial de la población

inmigrante en la comuna, y establecer diagnósticos más precisos de las condiciones de salud y bienestar de ciertas subpoblaciones, como es el caso de las mujeres gestantes. Así mismo, se ha logrado posicionar el derecho a la salud de la persona inmigrante, como una línea de trabajo importante en el contexto organizacional (Departamento de Salud Recoleta, 2017).

### **III. Objetivos de Investigación**

#### **1. General**

Describir la gestión de la acción intersectorial presente en el Programa de Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta.

#### **2. Específicos**

Identificar el patrón de relación intersectorial presente en el Programa Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta.

Caracterizar las dimensiones de la intersectorialidad presente en el Programa de Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta.

Establecer el nivel de intensidad de la intersectorialidad presente en el Programa de Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta.

## **IV. Metodología**

### **1. Enfoque metodológico**

Al ser la metodología la forma de aproximarse al objeto de estudio, y siendo posible definirla a partir de la manera en que este interroga al investigador dadas las características en que ha sido construido, es necesario el desarrollo de operaciones que, atendiendo al objetivo general, permitan descubrir cómo se presenta la gestión de la intersectorialidad en el Programa de Acceso a Atención en Salud para inmigrantes.

Dado que en la presente investigación esto ocurre a partir de explorar el modo como se presentan las relaciones entre los sectores involucrados y se conocen, tanto las características dimensionales con las que surge la intersectorialidad como el nivel de intensidad de esta, se ha optado desarrollar el presente estudio con un enfoque cualitativo. Esto, toda vez que el explorar variables que enmarcan modelos, y descubrir estructuras de relación presentes, supone acceder al conocimiento de una realidad, a partir de su reconstrucción desde la perspectiva de los actores involucrados y el sentido que estos le otorgan al problema estudiado (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003).

### **2. Tipo de estudio**

La presente investigación de enfoque cualitativo, se inscribe como un estudio *exploratorio-descriptivo*. Es *exploratorio*, porque aun cuando existen algunas investigaciones respecto a la importancia de la intersectorialidad en la gestión de políticas públicas, es escaso el conocimiento de la forma como esta se gestiona particularmente en el nivel local. Por otro lado, es *descriptivo*, dado que se persigue como propósito, entender de forma natural la ocurrencia de la gestión de la intersectorialidad en un programa de atención en salud, a partir de lo que dicen los actores involucrados en su desarrollo. Por otro lado, dado que el alcance

de los objetivos propuestos involucró conocer la particularidad, unicidad y complejidad de una situación determinada, se desarrolló como estrategia metodológica un *estudio de caso*. Conforme a esto, se realizó un examen comprensivo, sistemático y en profundidad de este tema particular y concreto (caso de interés), para posteriormente a partir del estudio, la observación y recogida de datos empíricos, contrastar algunas teorías y generar insumos para aportar o dar inicio a futuras investigaciones que quisieran abordarlo (Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagomez, 2015).

Así, el caso lo constituyó la comuna de Recoleta, al poseer una serie de características a partir de las cuales fue posible observar y someter a análisis las problemáticas planteadas. Esto en concordancia con lo descrito por Tarrés (2001) citado por Ávalos en 2012, quién describe un caso como a una entidad provista de límites espacio-temporales, de una estructura y de una lógica específica de funcionamiento; características todas identificables en este trabajo. Por un lado, al momento del inicio de la investigación Recoleta cuenta con espacios de trabajo intersectorial instalados formalmente, lo que no ocurría con Santiago, la otra comuna de la Región Metropolitana, en la que se desarrollaba un plan piloto complementario al programa de acceso y atención de salud para Inmigrantes. Por otro lado, y siguiendo lo descrito por (Stake, 1999) respecto de la selección del caso, exhibía cierta facilidad en su abordaje, entre otras cosas porque las indagaciones eran bien acogidas y existían actores dispuestos a dar información.

De acuerdo a lo anterior, al delimitar el presente estudio, este se inscribe como un *estudio de caso instrumental*, tomando en cuenta, que se examina un caso para proveer de insumos de conocimiento, a algún tema o problema de investigación (Hernández et al., 2003). Esto, dado que en el contexto en que se produce esta investigación, son pocas las descripciones locales

(Chile, Región Metropolitana) existentes sobre el análisis de la acción intersectorial propia de una política- programa que tiene como protagonista al nivel comunal.

### **3. Diseño de la Muestra**

La selección de los participantes de la presente investigación fue por *muestreo intencionado*, y se identifica dentro de la concepción propuesta por Patton (2002) citado por (Flick, 2015) como: *muestreo de casos según intensidad*, en donde los rasgos, procesos, experiencias...etc., de interés se dan o suponen en ellos, buscando aquellos en los que se da la mayor intensidad. En este sentido al ser varios los sectores y organismos que confluyeron en un mismo escenario desarrollando la implementación y ejecución del Programa de Atención y el Plan Piloto, fueron seleccionados como informantes clave aquellos actores que ejerciendo las labores y/o competencias propias de su sector u organización, participaron activamente en estos procesos y en los espacios formales o informales de trabajo que se produjeron con ocasión del mismo.

Dado que, para el desarrollo de estas iniciativas, se generaron varias instancias de trabajo (mesas, comisiones) que se dieron en los distintos niveles de gobierno con cierta interrelación entre ellos; y que estas, contaban con la participación de distintos sectores y en algunas cada sector participante (salud) constituía un grupo no homogéneo por poseer diferentes organismos generando interacción, los actores fueron agrupados según la instancia y el nivel gubernamental en la que participaban.

Esto, considerando inicialmente facilitar la representatividad de los discursos en el sentido de que pudiesen existir diferencias en las interacciones que se daban en cada instancia, respecto del nivel gubernamental y/o el rol en la implementación de la intersectorialidad que se produjo.

La muestra consideró instancias del trabajo intersectorial implementadas dentro del período de desarrollo del piloto, abarcando los tres niveles gubernamentales implicados: Nacional, Regional, Local. Esto en razón de que la gestión de estas iniciativas (programa-piloto) y los alcances perseguidos, contemplaban una implementación de arriba – abajo, es decir, desde el nivel nacional al local, por lo que podría esperarse que lo que ocurriese en el nivel nacional habría de reflejarse en el local.

Bajo este supuesto, se incluyó el Equipo Asesor Sectorial de Salud Inmigrantes por ser participante del Consejo Técnico de Política Migratoria; la Mesa Regional Piloto de la Región Metropolitana; la Mesa Técnica del Piloto en Recoleta, y la Mesa Intersectorial Macrozona 8 de Recoleta. Esta última fue elegida en razón del énfasis puesto en el trabajo desarrollado desde el territorio, y porque en la actualidad de las 9 mesas instaladas en la comuna, es una de las que cuenta con mayor despliegue en su funcionamiento, contando también con una mayor diversificación de sectores participantes (Municipalidad de Recoleta - c, 2017).

Es así que, a partir de la información inicial obtenida, y por medio de las primeras entrevistas realizadas y de los documentos revisados, se identificaron las instituciones principales que participaron en las instancias de trabajo intersectorial del plan piloto en Recoleta las cuales se plasman en el siguiente mapa de actores (ver tabla 6).

Tabla 6. *Mapa de Actores*

Instancia de trabajo intersectorial	Actor
Grupo técnico de inclusión social	Ministerio de Salud Departamento Extranjería y Migración
Mesa Regional	SEREMI Metropolitana Oficina FONASA Zona Norte SSMN

Mesa Técnica Piloto	Oficina Migrantes Departamento de Salud Municipal Departamento Educación Municipal Centros de Salud Familiar
Mesa Macrozonal	Departamento de Salud Municipal-salud migrantes Centros de Salud Familiar zona Dirección colegio zona Departamento de Educación-Programa escuelas abiertas Dirección de Desarrollo Comunitario Zona

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, para llegar a los actores principales de los organismos participantes, se realizó una primera consulta con dos informantes clave conocedoras del tema, quienes actuaron como equipo consultivo, y apoyaron la identificación de las personas que participaron de las instancias de interés para el presente estudio, siendo este el principal criterio de selección. De acuerdo a esto, en cada instancia de trabajo constituida, se contactó un participante por sector involucrado. En total se realizaron 9 entrevistas, las que corresponden a aquellos que aceptaron la invitación a participar.

Así mismo respecto de cada instancia de trabajo en cada nivel gubernamental, fueron obtenidas como fuentes secundarias al menos un acta de reunión, las que se complementaron con informes técnicos u orientaciones si estos estaban disponibles. De esta manera se revisaron 16 documentos.

#### **4. Técnicas de producción y análisis de la información**

Teniendo en cuenta que para dar respuesta a la pregunta que guió la presente investigación, era necesario explorar la forma como ocurre la acción intersectorial y las relaciones entre los sectores involucrados, se utilizaron fuentes primarias y secundarias, tales

como como documentos de soporte y entrevistas semiestructuradas.

De este modo, el trabajo de campo que incluyó la revisión documental y la aplicación de estas entrevistas, fue realizado en el período octubre 2018-febrero 2019. En el mes de septiembre previo, se realizó un pretest aplicando la pauta de entrevista inicial, a uno de los funcionarios de la organización con mayor participación en la implementación del programa; lo que otorgó un momento de adecuación y mejora para la entrevista.

Los documentos de soporte que en su mayoría fueron generados en el proceso de diseño, formulación e implementación del Programa de Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta, se solicitaron a la autoridad pertinente en el organismo que lo produjo. Posteriormente, estos fueron sometidos a un *análisis de contenido*, con el que se pretendía descubrir, comprender e interpretar las ideas contenidas, para así establecer las comunicaciones presentes más allá de sus primeras significancias (Ñaupas et al.,2014).

Así mismo, las entrevistas, que tuvieron una duración entre 35 y 45 minutos, fueron realizadas y grabadas, con previa autorización verbal y escrita por los participantes, a través de un consentimiento informado (Anexo 1) y posteriormente transcritas de forma literal por el investigador. Su construcción semiestructurada estuvo relacionada con el propósito de mantener la conversación enfocada en temas específicos, dando la posibilidad al entrevistado de definir el contenido de la discusión.

La entrevista permitió poder recolectar información y dar sentido al significado que el individuo otorga a sus acciones mediante el discurso. De este modo, se consideró que es el lenguaje el propio objeto de estudio, y desde él, se pudo acceder, identificar y describir la complejidad, los componentes de la información, y en alguna medida la significación que los sujetos le dieron a su vivencia y contexto, esto siguiendo lo descrito por Ñaupas et al., en

2014

En las entrevistas se realizaron las mismas preguntas a todos los participantes con base a un guión construido para su aplicación. Esta herramienta contenía algunos datos identificativos para la caracterización de los participantes, además de lugar, hora de inicio y finalización de la entrevista, así como los ejes sobre los cuales indagar (ver Anexo 2).

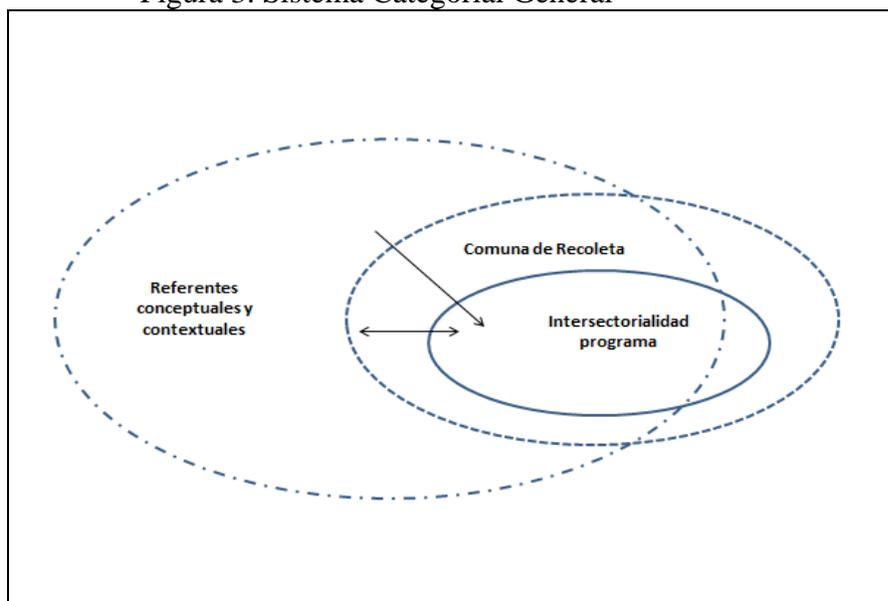
El procesamiento de la información obtenida a través de la entrevista, también abarcó un *análisis de contenido*, cuyo ejercicio interpretativo se encuentra en línea con el objeto de estudio. Asimismo, cada transcripción fue revisada junto a las notas de campo, que contenían información del contexto y ambiente, y apuntes de ideas relevantes, las que se utilizaron para evitar errores u omisión de información que pudiese ser útil.

Una vez obtenida toda la información de ambas fuentes, la técnica utilizada para el análisis, fue de carácter categorial, realizándose una triangulación de fuentes que sólo pudo ser realizada para dar respuesta al objetivo específico asociado con el patrón de relaciones. La categorización, facilitó dar un orden conceptual a la información, permitiendo sistematizarla de mejor manera. Es así como, previo al análisis se definieron las tres categorías principales que guían el estudio (categorías de primer orden): (i) el patrón de relaciones, (ii) dimensiones y (iii) nivel de intensidad de la acción intersectorial, para luego definir en cada una, según enfoques emergentes y en relación con la literatura expuesta en el apartado del “marco conceptual”, categorías de segundo y tercer orden (ver tabla 7).

La construcción del sistema categorial involucró tres momentos: exploración, focalización y profundización, teniendo como referentes permanentes el objeto y objetivo de la investigación (Aristizabal M & Galeano M, 2008). A partir de este ejercicio, en su forma más general, el sistema categorial construido dice relación con referentes conceptuales y de

contexto, la comuna de Recoleta y la intersectorialidad en el programa (figura 3).

Figura 3. Sistema Categorial General



Fuente: Elaboración propia

Por último, con el fin de asegurar la calidad de los datos se realizó una indagación intersubjetiva entre el investigador principal, el equipo consultivo y el material obtenido de las grabaciones y los documentos.

Tabla 7. *Análisis de la Gestión Intersectorial*

Categorías de Primer orden	Categorías de Segundo orden	Categorías de Tercer orden
Patrón de Relaciones	-Intersectorialidad	-Concepto de intersectorialidad -Propósito de la intersectorialidad -Desarrollo del trabajo intersectorial -Factores de influencia -Aportes del trabajo intersectorial
	-Características del actor	-Capacitación -Función que desempeña

Dimensiones de intersectorialidad	-Componentes de intersectorialidad	-Actividad representativa
Nivel de intersectorialidad	-Acción intersectorial	-Formas de trabajo
		-Procesos de desarrollo

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la información fue procesada través del software *Atlas Ti*, en donde se identificaron y recuperaron textos, tomando como unidad básica el segmento, para así realizar un análisis descriptivo e interpretativo a partir del esquema de categorización establecida previamente por el investigador. Lo anterior, siguiendo lo descrito por Ñaupas et al, 2014.

### 5. Aspectos Éticos

Los aspectos éticos involucrados en la presente investigación, fueron: voluntariedad-autonomía, confidencialidad, beneficios a la sociedad, y minimización del daño.

*La voluntariedad* se concibió como la determinación a voluntad de los individuos de formar parte en la investigación sin ser sometidos a medidas de coerción o incentivos de algún tipo. Esta fue expresada en el consentimiento informado leído y firmado, por quienes participaban de la entrevista, quedando claramente establecido a través de él, su autorización para el desarrollo de esta y el hecho de que en cualquier momento podrían retirar su participación, sin tener que otorgar información de las razones que sustentan su decisión. Así, al momento de la realización de la entrevista cada participante fue informado del detalle de las características del estudio y los procedimientos utilizados, dejándose abierto un espacio para resolución de dudas planteadas por este. Este documento fue validado previamente por el comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad de Chile.

*La confidencialidad* por su parte, entendida como la garantía que indica que la información personal brindada por los participantes fue protegida y no divulgada sin previa

autorización. Esta, fue considerada para efectos de este estudio a partir del uso de un código que resguardó la identidad de cada entrevistado, ya que no se consultaron ni registraron datos sensibles como Rut, o nombre completo. La confidencialidad de este estudio también estuvo garantizada por medio de la firma del consentimiento informado, en donde se clarificó que tipo de información sería obtenida y se explicitaba cómo se pretendía utilizar. Así mismo la confidencialidad fue mantenida durante el proceso de transcripción, análisis de la información y presentación de resultados.

En cuanto a los *beneficios para la sociedad*, esta investigación permitió generar información relevante sobre un tema que, a nivel nacional, regional y local, se encuentra poco estudiado, y que en sí mismo constituye un insumo valioso para el gobierno central, municipal y la comunidad de Recoleta, particularmente la de inmigrantes, siendo de mucha utilidad. Esto, debido a que permitió evidenciar realidades y dar origen a estrategias nacionales y locales, de cómo mejorar la gestión de la intersectorialidad, incluso la implementación y ejecución del programa de atención de salud para inmigrantes.

En lo referente a *minimización del daño*, que involucraba sobre todo a los participantes de la entrevista, se ha mantenido la garantía, de que existirá el resguardo de la información y presentación del trabajo en contextos específicos, protegidos y consensuados.

En cuanto a la revisión de documentos estos fueron obtenidos con autorización de la autoridad respectiva en cada organización y su uso, involucró especial cuidado en la interpretación de lo hallado y en la referenciación de los mismos.

## V. Resultados

- Caracterización de los participantes

Se entrevistaron a 9 personas, los que pertenecían a diversos organismos participantes en el proceso de implementación del plan piloto y programa de acceso y atención en salud para inmigrantes en Recoleta. De estos, 3 eran hombres y 6 eran mujeres; 6 de nacionalidad chilena y 3 extranjeros; 4 representan al sector salud, 1 a educación, 1 a sociedad civil y 2 a sector social y comunitario. La caracterización de los participantes se resume en la tabla 8.

Tabla 8. Caracterización de Participantes

Instancia	Sector	Educación	Sector	Sociedad
	Salud		Social	Civil
Consejo Técnico Política Migratoria	1			
Mesa Regional	2			
Mesa Técnica Local	1		1	1
Mesa Macrozona 8	1	1	1	

Fuente: Elaboración propia

- Caracterización de los documentos

Se revisaron 16 documentos: 7 actas, 5 informes, 4 documentos orientadores. Su origen o correspondencia a las instancias de trabajo se describen en la tabla 9.

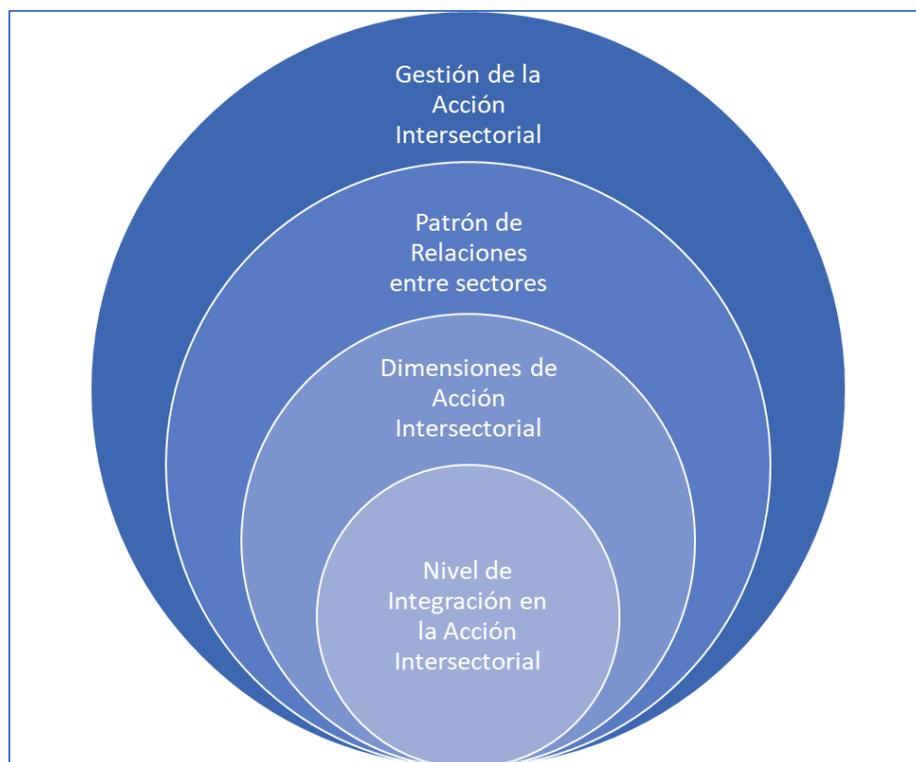
Tabla 9. Caracterización de Documentos

Instancia	Acta	Orientación	Informe
Consejo Técnico Política Migratoria	1	3	
Mesa Regional	1		1
Mesa Técnica Local	1		4
Mesa Macrozona 8	4	1	

Fuente: Elaboración propia

Retomando los objetivos que guían el presente estudio, en este apartado se ha descrito la gestión de la intersectorialidad que tuvo lugar, en el marco del piloto de salud y el programa de acceso a atención en salud para inmigrantes en Recoleta. Esto a partir de identificar ciertas características como el patrón de relaciones entre los sectores, las dimensiones y el nivel de intensidad de la acción intersectorial producida. Describiéndose también la relación de dependencia que existe entre ellas (figura 4). Esto a partir de la relación expresa de referentes conceptuales y contextuales, y la estructura institucional y cultura organizacional de la Municipalidad de Recoleta como organismo ejecutor.

Figura 4. Características de la gestión de Intersectorialidad



Fuente: Elaboración Propia

Los resultados obtenidos a partir de las fuentes de información primaria y secundaria, respecto del patrón de relaciones son resumidas en la tabla 10, siendo descritos a con mayor profundidad en el apartado subsiguiente.

Tabla 10. Resultados Patrón der Relaciones

	<b>Categoría de 1er orden</b>	<b>Categorías de 2do orden</b>	<b>Categorías de 3er orden</b>
<b>Fuentes primarias</b>	<b>Patrón de Relaciones:</b> Dos tipos particulares de relación entre los organismos: <b>compartir información, y recibir-entregar cooperación</b> , en pro	<b>Intersectorialidad:</b> Proceso instalado sobre la marcha (se construye, tiene influencias). La Participación era fundamental. Hacia falta una institucionalidad para consolidarla (discordancia de	<b>Concepto de Intersectorialidad:</b> Trabajo en conjunto con otros organismos, dado un problema compartido.
			<b>Propósito de la Intersectorialidad.</b> Varía según el nivel gubernamental. Central, tomar contacto con realidad operativa. Regional, descifrar intervenciones eficaces para abordar múltiples problemas de salud. Local, establecer estado de situación de la problemática-dar solución.

	de facilitar el desarrollo de acciones. Las que se sustentan, en el entendido de que posibilitar el actuar de otro sector, tributa indefectiblemente al logro de los objetivos perseguidos.	posturas: todos los niveles). En el local, fragmentación organizacional, se requería conocer lo que hacían los otros sectores.	<p><b>Relaciones Organizacionales:</b> más informales que formales. Por falta de institucionalidad y que apela a voluntariedad y comprensión de los actores.</p> <p><b>Desarrollo del Trabajo Intersectorial.</b> Trabajo conjunto, compartir información para conocerse, identificar similitudes, y cooperar son visualizadas como indispensables.</p> <p><b>Factores de Influencia:</b> la voluntad política y las voluntades personales (positivo) y la falta de institucionalidad, los escasos de recursos humanos y financieros y la falta de motivación para la comunidad (negativos).</p> <p><b>Aportes del Trabajo Intersectorial:</b> identificación de nuevos nodos de influencia respecto del problema enfrentado, lo que amplía el foco de actuación, el espectro de intervenciones y diversifica los actores.</p>
		<p><b>Características del Actor</b> [Presentar breve descripción de los hallazgos]</p>	<p><b>Capacitación:</b> nivel local y regional refieren, no contar con instancias de capacitación antes y durante el proceso de implementación de la acción intersectorial.</p> <p><b>Función que desempeña:</b> Actores del sector salud gestores del proceso, agregaban mayor involucramiento, equipo organizado.</p>
<b>Fuentes secundarias</b>	<b>Patrón de Relaciones:</b> Intercambio de información y recursos (en nivel central y local), necesidad de aprovechamiento de recursos.	<b>Intersectorialidad:</b> Cómo proceso. Instalación a partir de ventana de oportunidad y se implementa con tres puntos clave: salud producto social, subyace al enfoque de DSS. - necesidad de IS a nivel local "fuerte" para abordarlos. Patrón de relaciones de "colaboración" entre sectores. Participación social como fundamento y propósito.	<p><b>Concepto de Intersectorialidad:</b> Se concibe como procesos de colaboración. O en ciertos casos no hay especificidad.</p> <p><b>Propósito de la Intersectorialidad:</b> Varía según el nivel gubernamental. Central, tomar contacto con realidad operativa. Regional, descifrar intervenciones eficaces para abordar múltiples problemas de salud. Local, establecer estado de situación de la problemática-dar solución.</p>
			<p><b>Relaciones organizacionales:</b> Algunos acuerdos formales /<b>Desarrollo del Trabajo Intersectorial:</b> inician conociendo o presentando información.</p> <p><b>Factores de Influencia:</b> Escasos de recursos</p>
		<p><b>Aportes del Trabajo Intersectorial:</b> orientador para otros territorios que inician el proceso.</p>	<p><b>Capacitación:</b> No se evidencian procesos de capacitación previa. Estos se dieron en forma posterior a la implementación del programa.</p> <p><b>Función que desempeña:</b> Actores del sector salud gestores del proceso, ausencia de otros vistos como idóneos.</p>
		<p><b>Características del Actor</b> [Presentar breve descripción de los hallazgos]</p>	

Fuente: Elaboración propia

## **1. Categoría 1er orden: Patrón de Relaciones**

De forma conjunta el Programa de Acceso a la Atención en Salud para Inmigrantes en Recoleta y el Plan Piloto, se estructuran como una serie de acciones sectoriales que tienen por objetivo reducir las barreras de acceso y de atención de salud para esta población. Las que surgen, en un contexto de priorización de intervenciones multisectoriales tanto en el gobierno nacional como local, en razón de las implicancias políticas, económicas y sociales, que le han sido atribuidas a este problema.

Conforme a esto, independiente del nivel gubernamental, tanto la intersectorialidad como la participación social son consideradas necesarias para el logro de dichos propósitos. Lo anterior, conforme a la identificación de la inmigración como un problema complejo de alto impacto para el sector salud, y, a que la condición migratoria es asumida como un determinante social de la salud.

*“... la condición migratoria en general y particularmente la situación migratoria irregular, es considerada un determinante relevante de la salud... Por ello, no se trata sólo de un desafío sectorial, sino que se requiere la participación del intersector...”*

Ministerio de salud. Ordinario 1942 de 6 de julio de 2015 de Mat: orientaciones técnicas piloto de salud

De esta manera en el marco de la implementación del programa y del desarrollo del plan en la comuna, y bajo una comprensión operacional, se observó que la intersectorialidad ocurre como un proceso. En un primer momento, esta se instala a partir de la ventana de oportunidad que ofrece el tema de salud para inmigrantes y que se expresa en un contexto socioeconómico-político proclive. Implementándose luego, a partir de tres puntos clave, una visión del sector salud, de “la salud” como producto social; que subyace al enfoque de Determinantes Sociales que posee el programa. Un patrón de relaciones que surge entre los

sectores que se consideran involucrados. La participación comunitaria, como fundamento y propósito, y que se da a partir del intercambio de información y la colaboración comunitaria.

*“... la necesidad de desarrollar una política y cultura migratoria basada en la promoción de derechos, compromiso adquirido por el Gobierno de la presidenta Bachelet, y el impacto que este fenómeno genera en el sistema sanitario, hace necesario avanzar en una política de salud específica para esta población...”*

Ministerio de salud. Ordinario 1942 de 6 de julio de 2015 de Mat: orientaciones técnicas piloto de salud.

*“... la evaluación del piloto permitirá la construcción conjunta de una Política de Salud de Migrantes Internacionales. Esta intervención estuvo centrada en las acciones de Atención Primaria que son parte del Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, Resolución Exenta N.º 1266 del 12 de diciembre de 2014 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en 5 comunas que constituyen planes piloto de atención de salud (Recoleta, Santiago, Iquique, Antofagasta y Arica), cuyo objetivo es desarrollar estrategias participativas dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afectan a esta población, en especial la población en situación irregular”.*

Ministerio de Salud-Fonasa-Superintendencia de salud. Política de Salud de Migrantes

*“... desde el servicio, hicimos todos los sábados de enero una formación en acceso en la salud, cuidados básicos para gestantes, niños y neonatos mayoritariamente y primeros auxilios, que es, si no hubiésemos tenido esta confianza desde el intersector no lo hubiésemos podido lograr...”*

Actor MR1. Funcionario FONASA

*“... fue sobre la marcha que tuvimos que actuar, o sea si teníamos claro que había que desarrollar estos procesos en diferentes niveles y eso lo hemos hecho, o sea, el nivel comunal, por ejemplo, teníamos claro que era bien importante para desarrollar las acciones por ejemplo los componentes del programa que tienen que ver con difusión, con atención, difusión sobre todo de derechos o con capacitación. Había como que establecer una coordinación básica con la mesa comunal de migrantes, en este caso donde están representados las organizaciones o los distintos actores. Ese era como el primer nivel, y establecer algún nivel de acuerdo para ejecutar varias de esas acciones”.*

Actor MT1. Funcionaria Departamento Salud Municipal

*“... en estas mesas o en los diagnósticos mismos, interactuamos de tal manera que permitió al menos el diálogo, el entendimiento y la búsqueda de una solución, yo creo que eso es algo positivo. Desde el punto de vista más técnico, el departamento de salud cuando ha insumado, ha visto que hay deficiencias de tales cosas, lo que dicen los usuarios*

*migrantes, entonces eso, y a través de lo que nosotros podíamos decir, o sea, yo te puedo decir de repente hemos contribuido menos en una cuestión técnica pero si el aporte ha sido la visión que tiene el migrante, el sentimiento con respecto al trato, a las relaciones con la salud a través del departamento, eso es importante.”*

Actor MT3. Integrante Organización Sociedad Civil

*“... la salud de una población es producto o está influenciada en su mayoría por políticas públicas de otros sectores, en este ámbito es relevante dado que políticas como por ejemplo de migración, educación, empleo, vivienda etc., tienen un impacto en los resultados en salud de la población inmigrante, por esto se recomienda un fuerte trabajo intersectorial a nivel local, este es el espacio para abordar los determinantes sociales de la salud, las condiciones de vida en la que vive esta población”.*

Ministerio de salud. Ordinario 1942 de 6 de julio de 2015 de Mat: orientaciones técnicas piloto de salud.

Por otro lado, se observa en los actores de sectores diferentes al de salud, la noción de que, dado que el propósito perseguido se relaciona con dar alcance a objetivos del sector salud, es este, quién en los distintos niveles gubernamentales, se considera debe promover las relaciones con los otros sectores; asumiendo el liderazgo en las distintas instancias de trabajo, sobre todo en el nivel local.

Lo anterior, con base a dos premisas orientadoras, una relacionada con la migración como fenómeno que ocurre de forma diferenciada en cada territorio, y la otra que al ser el acceso a la atención un objetivo propio del programa, es este sector quien debe encargarse de la gestión del mismo.

*“El hecho de que mundialmente sea aceptada la salud como un estado de bienestar determinado por las condiciones en que viven las personas familias y comunidades y que esos factores pueden ser transformados solamente por la sociedad, requiere del concurso de políticas públicas, la formulación de estrategias, planes y programas y proyectos intersectoriales para abordar los problemas. Así, la intersectorialidad se presenta como una solución y como un problema por lo difícil de su implementación. Por consiguiente, la tarea del sector salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla y lograr las transformaciones que se requieren en la forma de*

*abordar los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población”.*

Informe Experiencias Jornadas de Intersectorialidad de la Municipalidad de Recoleta,  
octubre 2017.

*“... se supone que los directores que son el nivel jerárquico y jefatura de todos los que estamos acá, ellos si se reúnen y se supone que están trabajando la intersectorialidad y está el alcalde también invitando, está la María Eugenia liderando este proceso, pero esto parece que no”.*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Social y Comunitario

*“... no conozco en general cómo es la propuesta que tiene salud para abordar el tema, pero puede ser una contribución, creo que al final esa evaluación la tiene que ver la gente de salud, no yo. Puedo ver desde mi perspectiva que a mí me facilita también el reconocimiento de saber cómo esta nuestra población en ese sentido...”*

Actor MT2. Funcionaria Desarrollo Social y Comunitario

Así mismo, durante la implementación, en el marco de desarrollo de las acciones intersectoriales, se observan dos tipos particulares de relación entre los organismos: compartir información, y recibir-entregar cooperación, en pro de facilitar el desarrollo de acciones. Las que se sustentan, en el entendido de que posibilitar el actuar de otro sector, tributa indefectiblemente al logro de los objetivos perseguidos.

En virtud de esto, el patrón de relaciones intersectoriales que aparece durante el desarrollo del plan piloto de atención en salud para migrantes en Recoleta, es el de **“información-cooperación”**, surgiendo al alero de la implementación progresiva de una suerte de trabajo compartido, que es necesario y que se aprecia en los distintos niveles gubernamentales. Esto, dada la ausencia de una institucionalidad construida respecto del tema migrantes, que se expresa en el escaso reconocimiento entre sectores, los objetivos perseguidos y las acciones realizadas, sobre todo en el nivel local, donde se esperaba que la intersectorialidad fuese más sólida, por ser considerado más próximo a las condiciones de vida de las personas.

*“A partir de lo expuesto por los representantes de los diferentes ministerios, se pueden identificar ciertos temas que, eventualmente, podrían trabajarse de manera complementaria y coordinada... Existe acuerdo y voluntad de trabajar de manera articulada, poniendo énfasis en temas relativos al intercambio de información y recursos entre ministerios, sobre todo en lo que respecta a personas que ya han recibido cierta formación en temáticas de interculturalidad”.*

Acta Reunión Grupo Técnico Inclusión Social Consejo Técnico de Política Migratoria.  
Martes 4 de abril de 2017

*“Se realizó una jornada de trabajo con el Programa Migrantes de la Municipalidad para concordar un plan de difusión con la comunidad migrante a nivel comunal, con el objetivo de difundir nuestras acciones en salud, las prestaciones y servicios que brinda la comuna de Recoleta a todos los inmigrantes; además de la asesoría en temas migratorios para el apoyo en la regularización. Se hizo una revisión de la programación de actividades anuales y definimos una participación coordinada”*

Departamento de Salud de Recoleta. Informe Convenio Migrantes. Diciembre 2015.

*“Se informa que el CESFAM Patricio Hevia con el apoyo del Departamento de Salud realizó la Jornada Diagnóstico de Problemas de Salud con Comunidad Haitiana el 5 de noviembre en el CVD. Participaron alrededor de 20 personas. Se acordó realizar un taller de capacitación sobre Derecho en Salud y el Sistema de Salud en Chile para el 26 de noviembre a las 17 horas en el CVD...”*

Acta-resumen reunión mesa intersectorial macrozona 8. 9 de enero 2018

En relación a la ausencia de una institucionalidad que permitiera el trabajo intersectorial, el relato de los participantes devela varias razones. Por un lado, se menciona una discordancia de posturas respecto del fenómeno migratorio por parte del aparataje gubernamental tanto en el nivel nacional como local, y por otro, la fragmentación organizacional presente en la institución de gobierno en este último (municipalidad). Es así como estos elementos, aparecen como importantes limitantes para la sostenibilidad del trabajo intersectorial, dado que su evolución y continuidad son un punto crítico en la construcción de intersectorialidad como respuesta.

*“... En algún minuto extranjería conformó lo que se llamó la mesa técnica de inclusión social de migrantes no sé si tú sabes que en el gobierno anterior se instaló un consejo de política migratoria, yo te puedo mandar después la información si quieres. Bueno, coordinado con el ministerio de interior, se llamó a conformar el consejo de ministros de política migratoria que en realidad funcionó súper poco, se juntaron como dos veces en todo el periodo porque había conflicto entre la postura que tenía el departamento de extranjería y migración del ministerio de interior dígame Rodrigo Sandoval que fue el encargado de eso con la secretaría del interior, dígame el ex subsecretario Aleuy, entonces había una postura más garantista de parte de extranjería, más en el enfoque de derechos humanos, más de abrir las puertas, y esta otra mano más dura de Aleuy, entonces si bien este consejo se constituyó no funcionó mucho por este conflicto interno, porque no podía aparecer un mismo ministerio con dos posturas distintas. Pero en el marco de ese consejo asesor o consejo de ministros de políticas migratorias, el diseño era que tenían que instalarse en 3 o 4 mesas técnicas, y ahí vamos nosotros, una que tenía que ver con todo el sistema de registro en el estado, porque empezó a suceder que cada ministerio empezó a armar su propio número provisorio para migrantes en situación irregular...”*

Actor MC1. Funcionaria Ministerio de Salud

*“Tal vez la mirada de ciertos agentes, de los mismos funcionarios que a veces desconocen el tema y laboran desde el prejuicio por desconocimiento, entonces igual hay prejuicio, hay (a veces por los mismos funcionarios), discriminación, hay mucho desconocimiento”.*

Actor MT1. Funcionaria Departamento Salud Municipal

*“... tenemos un problema de...a ver tenemos una cantidad de recursos importantes, pero cada uno camina solito, yo veo solamente mi objetivo y si busco colaboración es para cumplir mi objetivo; mi objetivo debería ser el bien común de la comunidad a la que estamos interviniendo y esto a nivel local, regional y nacional. Pasa lo mismo en el estado, ¿Qué vemos en el estado?, que un ministerio interviene en un sector, pero hay otro ministerio que también interviene en el mismo sector y no conversan...”*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Social y comunitario

*“Cuando se generó esta especie de seminario con el alcalde se intencionó desde la dirección de salud, que las distintas unidades que intervienen en un territorio debieran reunirse para poder planificar en conjunto. A mí se me invita como un interventor del territorio y se me invita a participar de esta mesa. Ahora, la participación ha sido un poco compleja, porque si bien el alcalde habla de la intersectorialidad, esta no ha sido implementada porque no hay ningún marco teórico ni metodológico...”*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Social y Comunitario

Bajo la perspectiva de intersectorialidad como proceso, es posible apreciar que, en el nivel

local, esta emerge como un proceso de construcción colectiva. De modo tal que el tipo de relaciones que se da entre el sector salud y los otros sectores, se ve influenciado tanto por las características de la organización como de los individuos, que ejercen rol protagónico.

### **1.1 Categoría 2do orden: Intersectorialidad**

El trabajo intersectorial necesario para garantizar la atención en salud a los inmigrantes en Recoleta, se dio a través de un proceso gradual, con el que se pretendía dar soluciones efectivas y sostenibles a un problema emergente y de rápido crecimiento en el contexto social. Este, se forjó a partir del conocimiento del que hacer de los otros sectores intervinientes, y el desarrollo de mecanismos de colaboración con ellos.

En este sentido, la forma de la relación entre sectores parece surgir, conforme se conjugan distintos elementos durante el trabajo intersectorial desarrollado, entre los que destacan el concepto que los actores tienen de ésta, el propósito que persiguen, las relaciones organizacionales previas, además de una serie de factores condicionantes o determinantes para el mismo (ver figura 5).

#### **1.1.1 Categoría de 3er orden: Concepto de Intersectorialidad**

El concepto de intersectorialidad que poseen los actores intervinientes en las distintas instancias de trabajo, refleja una arraigada intelección hacia la noción de que el problema abordado es uno mismo para todos. Por lo que se requiere una respuesta unificada de parte de los sectores identificados como influyentes. De esta manera desde la existencia de un problema compartido se hace necesario “trabajar en conjunto” con otros organismos, y de modo particular con las comunidades. Esto devela que los mecanismos de trabajo entre el sector salud y los otros sectores, han respondido a una relación de coordinación que es de

alguna manera inducida.

Por otro lado, la conceptualización que se tiene de intersectorialidad, deja ver representaciones construidas sobre ella. En algunos casos no se identifica un tipo de relación específica, y en otros, esta especificidad alude a la colaboración.

*“... la conjunción de todos los servicios, estamentos, grupos sociales para poder unificar criterios; es la relación entre todos ellos, es la unión de los sectores, de la población, de los ministerios, pero en el fondo intersectorialidad es relacionarse con todas las personas, en todos los servicios...”*

Actor MR1. Funcionario FONASA

*“... yo creo que de alguna otra manera contribuye el hecho de que participen otro sector u otros sectores que puedan atacar un mismo problema, eso es importante”.*

Actor MT3. Integrante Organización Sociedad Civil

*“El trabajar en comunidad en conjunto con los otros departamentos porque de una u otra forma nos une lo mismo que es trabajar para la comuna y la comunidad; entonces es trabajar en conjunto, el aportarnos, el dar a conocer cada una de las realidades de cada departamento.”*

Actor MMZ3. Funcionaria Dpto Educación

*“... se viene desarrollando procesos colaborativos con la comunidad migrante y sus organizaciones, que visibilizan cada vez más sus propuestas, aportes, cultura y expresiones en los diferentes niveles...”*

Departamento de Salud de Recoleta. Informe Convenio Migrantes. Agosto 2015.

Por otro lado, se logra identificar una comprensión de la interrelación de salud y bienestar, y de ambos como productos sociales, siendo requeridos soluciones integrales y por tanto abordajes, que no solo involucren al sector salud. Lo anterior, asociado en el caso del sector salud, al reconocimiento del problema desde una condición de multidimensionalidad, que se construye a la luz de enfoques implícitos como el de los determinantes sociales en salud.

*“Yo creo que es un requisito para la instalación de cualquier política pública porque hay una interdependencia entre los fenómenos que queremos abordar desde salud. Si uno está bajo el enfoque de salud en todas las políticas y el enfoque de determinantes sociales de la salud, es imposible que salud trabaje solo, entonces creo que es un requisito para un abordaje mucho más amplio, más integral de lo que se quiere hacer...”*

Actor MC1.Funcionaria Ministerio de Salud

*“... en este caso el trabajo con migrantes desde distintas áreas de la municipalidad, de los ministerios, de instituciones micros...pues teniendo en cuenta que es un tema que está vigente en el momento y que, desde el enfoque de derechos humanos y determinantes sociales, tiene muchos debes”.*

Actor MT1.Funcionaria Departamento Salud Municipal

*“Es la relación que se da en diferentes campos, y de alguna otra manera tiene que ver con el bienestar, entonces yo creo que eso es, el que solucionemos el tema solamente de educación o salud... sin tocar otro, no va a generar el bienestar de una persona o una familia si es que no se toca todo...”*

Actor MMZ3.Funcionaria Dpto. Educación Municipal

### **1.1.2 Categoría 3er orden: Propósito de la Intersectorialidad**

El propósito de la intersectorialidad perseguido en el contexto del programa cobra relevancia en el momento en que se entablan las relaciones entre los sectores involucrados. De acuerdo a esto, desde la lógica de su alcance, aparecen como necesarios procesos de integración sistémica, en donde las diferencias que existen entre los sectores, puedan ser utilizadas productivamente para resolver los problemas.

Bajo este análisis también se evidencian distintos propósitos del trabajo intersectorial que atienden al nivel gubernamental en el que está inserto el proceso. De esta manera, para el nivel central, este se relaciona con una necesidad de tomar contacto con la realidad operativa en el accionar del sector; a nivel regional, con la necesidad de descifrar intervenciones eficaces para enfrentar múltiples problemas de salud; y en el nivel local, lo es la necesidad de

establecer de forma temprana el estado de situación de la problemática en la comunidad y dar una solución óptima y oportuna.

*“Mira, más que el programa, el programa y el piloto eran parte de un diseño, y ese plan de trabajo que tuvo la mesa sectorial de migraciones, el producto estrella que nos propusimos fue la formulación aprobación de la política, entonces tanto el programa como el piloto tributaban a una política, que no fuese hecha en un escritorio sin haber tomado contacto con la realidad entonces el diseño era ese; desde lo que se hiciera localmente íbamos a sacar las recomendaciones a la política y así fue...”*

Actor MC1. Funcionaria Ministerio de Salud

*“... pensamos cómo vamos a enfrentar esto, que enfermedades van a traer, que políticas de salud vamos a implementar para poder subcontener el tema que se nos venía encima. Nosotros teníamos cero enfermedades que normalmente en otras partes todavía hay, sarampión, TBC; en Chile no existían y se sabía que tarde o temprano iban a aparecer. Se sabía que nuestras políticas de salud comienzan desde antes que el niño nace, con la madre, y sabemos que además muchos grupos migrantes no tenían políticas de salud, que van al consultorio cuando ya se van a mejorar, cuando están enfermos, no existe la prevención, esos grupos nos iban a generar un tremendo problema porque es más fácil supervisar, prevenir, que estar curando...”*

Actor MR1. Funcionario FONASA

*“... creo que el trabajar en conjunto nos sirve para darnos cuenta, que al final las dudas o inquietudes que tiene la comunidad son las mismas, entonces trabajar en eso.”*

Actor MMZ3. Funcionaria Dpto. Educación Municipal

*“... la relación que yo he tenido, que he visto desde este trabajo, es una detección temprana de la situación, no pesquiza en los territorios porque no tenemos visibilidad completa de lo que pasa. Esto ocurre porque nos encontramos muchas veces en el territorio, un mismo que está en un terreno, a veces casas que están ocupadas por muchas familias, pero el equipo de salud no tiene la capacidad de poder detectar esto. Si tenemos muchos, que estamos en el mismo territorio, efectivamente tenemos mayor capacidad de detectar esto...”*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Social y Comunitario

### **1.1.3 Categoría 3er orden: Relaciones Organizacionales**

Ante la falta de una estructura de trabajo intersectorial institucionalizada en los distintos

niveles gubernamentales es consistente el surgimiento de relaciones entre organismos que gozan en algunos casos de un carácter más informal que formal. Lo anterior, toda vez que es imperativo dar respuestas inmediatas y oportunas a las situaciones complejas que vivencia la población inmigrante, dado su contexto de vulnerabilidad.

De esta manera el trabajo en y entre los organismos, se percibe como dificultoso y apela a la voluntariedad y comprensión de los actores.

*“... si yo necesito por ejemplo a la casa de la mujer y llamo a la Marce, necesito algo de PDI y llamo a la gente que conozco en PDI, si todo, si bien estamos con organizaciones como PDI, como carabineros, que hay una oficina que formaron en migrantes y trata, la que está en Recoleta, o sea si los necesitamos los llamamos pero no hay nada formal o sea por eso te digo no hay ningún ordinario, no hay ninguna resolución que diga bueno vamos a trabajar así, vamos a hacer esto y como desde lo jurídico tampoco es prioridad...”*

Actor MR2. Funcionaria SSMN

*“El trabajo con DIDECO ha sido muy constante, ha sido de complementarse. Por ejemplo, en la oficina de migrantes de la municipalidad, que es parte de DIDECO, las personas migrantes se acudían para asesorarse sobre como regularizar su situación migratoria; pero la encargada de esa oficina además se preocupaba por si es que la persona estaba inscrita o no en el consultorio si recibían o no acceso a la salud, entonces derivaban a sus programas. Nosotros, cuando también venían casos que de entrada parecían temas de salud, pero también se veía la complejidad de un problema social o familiar, derivábamos a DIDECO, a la oficina de migrantes y/o también a la oficina... al departamento social para que se pueda solucionar, bueno si es que era algún tema puntual...”*

Actor MT1. Funcionaria Departamento de Salud Municipal

*“... tú te encuentras en las mesas macro zonales con que hay unidades que no van, que no asisten, que no se excusan y yo no entiendo por qué eso ocurre, si se supone que los directores que son el nivel jerárquico y jefatura de todos los que estamos acá, ellos si se reúnen y se supone que están trabajando la intersectorialidad; y está el alcalde también invitando, está la María Eugenia liderando este proceso, pero esto parece que no bajara ...”*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Comunitario

#### **1.1.4 Categoría 3er orden: Desarrollo del Trabajo intersectorial**

En el caso del acceso a la atención en salud para inmigrantes en Recoleta, la intersectorialidad construida específicamente en el plano local, atendía con cierta particularidad al desarrollo de un trabajo que facilitara el poder llegar a la población migrante y fomentar en ella el desarrollo de una sólida participación social.

En este sentido las acciones planteadas entre los sectores involucrados, se encuentran enmarcadas en la necesidad de llegar a una alta proporción de personas que dada su condición de vida (laboral, migratoria), se mantienen al margen del área de influencia del sector sanitario, por múltiples factores entre ellos el temor o desconocimiento. De este modo, en el desarrollo de un trabajo conjunto, compartir información para conocerse, identificar similitudes, y cooperar son visualizadas como indispensables.

*“... en el CESFAM Recoleta, hacían pesquisa respecto al tema de la población que hay por el territorio, muy interesante, he ido un par más o menos y me parece que es un buen aporte hacer una combinación en el terreno porque así de paso como se dice matamos dos pájaros de un tiro, por un lado, la información de salud y por otro lado la información respecto a servicios, beneficios, accesos, visas, procedimientos migratorios, etc. Y eso cuando hay un municipio en tu barrio, un municipio cerca de ti, yo creo que ayuda a que la gente vaya porque a veces tiene el temor de venir o no tiene el tiempo suficiente para tener una atención en la municipalidad lo pueda hacer en su territorio y con toda la libertad de poder preguntar, conocer o saber.”*

Actor MT2. Funcionaria Desarrollo Comunitario

*“De partida nos reunimos y nos conocimos, un buen tiempo de conocernos en qué hacía cada uno de nosotros o de qué forma podíamos aportar en esta mesa, a donde queríamos llegar con esta mesa. y bueno, ahí nos dimos cuenta de que se necesita un trabajo en conjunto porque todas las dudas que teníamos o las problemáticas que teníamos, todas las personas que estábamos ahí llegamos a que era lo mismo, que era el aportar con la gente, en ayudarla en reunirse, en que no tuvieran miedo de participar porque muchos así como que les estaban dando muchas herramientas para participar, pero estaban ahí con miedo, de no querer llegar o ir...”*

Actor MMZ2. Funcionaria Departamento de Salud

### **1.1.5 Categoría 3er orden: Factores de Influencia**

Hasta ahora, habiendo podido establecer que la intersectorialidad en el contexto de la salud de inmigrantes en Recoleta, no surge de forma automática, siendo un proceso y una construcción cotidiana, y es requerida como una solución efectiva a un problema complejo, es posible observar que bajo la forma en que esta se presenta subyacen factores que la influyen.

Bajo esta perspectiva de análisis, con impacto positivo o negativo sobre su génesis, pero sobre todo sobre su progresión, lo entrevistados hicieron alusión a factores como la voluntad política y las voluntades personales, en el primer caso; y la falta de institucionalidad, los escasos recursos humanos y financieros y la falta de motivación para la comunidad, en el segundo caso.

*“Otro factor podría ser que en lo institucional el apoyo del alcalde, que el alcalde tenga una marcada mirada sobre los derechos humanos, el acceso a ellos y garantizarlos a la población, y principalmente a la migrante porque se sabe qué población que tiende a presentar situaciones de vulnerabilidad eso también fue un factor súper importante, como que uno se siente 100% respaldado en ese tema, como que los lineamientos en ese tema (positivamente) son claros, no hay temor de arriesgarse, son muy claros...”*

Actor MT1. Funcionaria Departamento de Salud

*“El principal problema es la indiferencia, que veo en cuanto a la parte institución, porque uno trabaja en este tipo prácticamente como de buena fe, no existe o no existía no sé si ahora lo hay, recursos para facilitadores, para crear una reunión en línea, o que citemos a toda la zona norte a una reunión, para eso se necesitan recursos, plata para instalar, lugar donde arrendar, alimentos que darle a las personas participantes, infraestructura, todo eso no existía, nacía más bien de la buena voluntad de las personas y de la sensibilidad de algunas personas...”*

Actor MR2. Funcionario SSMN

*“... hay voluntad de trabajo de muchos de los que estamos dentro de este espacio, de que esto funcione. Lo negativo es que parece que esas direcciones que representan a estos funcionarios que estamos acá, no le han puesto el empeño suficiente...”*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Comunitario

*“... Ha dependido mucho de aspectos personales, de un equipo de gente que esté dispuesto a cambiar un poco la dinámica. Institucionales porque esta comuna está abierta, por ejemplo, los cursos de español se hacen los sábados en la tarde hasta las 8 de la noche, o actividades con los haitianos los días domingo o talleres con la mesa migrante en los espacios de escuelas abiertas, la república del Paraguay que permanentemente ha estado abierta para las reuniones de la mesa o para reuniones o actividades de las mismas organizaciones.”*

Actor MMZ2. Funcionaria Departamento de Salud.

*” ... la participación ha sido un poco compleja porque si bien el alcalde habla de la intersectorialidad, esta no ha sido implementada porque no hay ningún marco teórico ni metodológico implementado desde ninguna unidad y lo que nosotros hemos hecho como equipo, somos una dupla, cuando llegamos a esta mesa, vimos que era solamente generación de actividades, donde unos pedían apoyo a otros y otros a otros, pero que no había ninguna metodología de intervención”.*

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Comunitario

*“... Yo creo que el tema negativo que creo que influye de todas maneras, son siempre las condiciones, me refiero a que el éxito de las acciones depende un poco de que las personas se sientan motivadas o interesadas y hay que descubrir que cosas te pueden motivar e interesar y eso significa hablar con los grupos de forma diferenciada, entonces ahí lo negativo es que necesitas contar con más recursos y más equipo de gente...”*

Actor MMZ2. Funcionaria Departamento de Salud

*“No, yo creo que el tema de recursos de humanos es importante porque no siempre (nosotros somos un equipo muy reducido) estamos con la disposición, con el tiempo, porque no nos permite como equipo estar en todas las reuniones de coordinación, o participar en todas las acciones que salud pueda proponer desde promoción comunitaria.”*

Actor MT2. Funcionaria Desarrollo Comunitario

*“... creo que todavía estamos en la búsqueda de para donde vamos como 100% como mesa, porque siempre nacen nuevas ideas, pero creo que quizá falta como reunirnos más pero también es súper complicado porque cada uno está en su propio trabajo y el reunirnos más nos quita más tiempo...”*

MMZ3. Funcionaria Departamento de Educación Municipal

### **1.1.6 Categoría 3er orden: Aportes del trabajo intersectorial**

La forma de relacionarse y en sí mismo la forma como se construye la intersectorialidad,

dice relación de alguna manera con los aportes del trabajo desarrollado en el marco del tema salud migrante. Por un lado, bajo una lógica de trabajo progresivo es visible la identificación de nuevos nodos de influencia respecto del problema enfrentado, lo que amplía el foco de actuación, el espectro de intervenciones y diversifica los actores. Por otro lado, el trabajo se configura como necesario e indispensable y, sobre todo, orientador para otros territorios que inician el proceso.

En ambas situaciones el modo de relación entre organismos y sectores, se va viendo forzado a cambiar desde el intercambio de información al trabajo compartido. Se puede decir que, no es solo la complejidad del problema la que impone la necesidad de una acción intersectorial, también lo es la búsqueda de la intersubjetividad humana y el diálogo.

*“Al principio cuando yo tomo el programa éramos catalogados el peor servicio en relación a migrantes, y hoy en día somos el servicio con más acciones...hemos apoyado mucho a los distintos usuarios dentro del programa migrantes y yo además tengo el programa de trata de personas que de cierta forma se vincula con el de migrantes dado que, no es lo mismo, de hecho hay mesas separadas...sin embargo nos apoyamos desde la mesa de migrantes en relación a las fundaciones, las organizaciones, trabajamos con la fundación gente de la calle, con el movimiento de acción migrante, con la catedra de racismo de la universidad de chile”*

Actor MR2. Funcionaria SSMN

*“Entonces creo que este proyecto piloto nos da una base importante a nivel incluso nacional, si bien hay zonas que recién están comenzando el trabajo migratorio, nos da la base para orientarnos a que hacer y no tirar ideas locas y no enfocadas...”*

Actor MR2. Funcionaria SSMN

*“Yo creo que aporta, pero es que por ejemplo en el caso de la salud, hay muchas cosas que son inconvenientes o impedimentos para el migrante que tienen que ver con la regularización, entonces cómo voy a solucionar eso si es que no ataco el problema también en el departamento de extranjería, por ejemplo, entonces de ahí que es importante saber eso, entonces yo creo que ese es el sentido. Igual en el caso de salud aquí, por ejemplo, en el caso de educación, a veces se le brindaba en los primeros años acceso a los adolescentes, niños y niñas migrantes, y qué resulta, como la política educativa también tiene que ver con la salud del estudiante y estaba ligado con las políticas de salud, si es que no era reconocido como*

*estudiante tal, no se podía ver la cuestión de salud, van cruzados, está cruzado.”*

Actor MT3. Representante Organización Sociedad Civil

*“... el sector en el que trabajamos que es la macro zona 8, está llena de migrantes, entonces creo que se tiene que trabajar en pro a ellos, entonces el trabajar en una mesa intersectorial y que nazcan estas nuevas ideas o nuevas realidades, creo que aporta en la medida que se involucran nuevos actores, esto obviamente es interesante, y se tiene que seguir trabajando.”*

Actor MMZ3. Funcionaria Departamento de Educación Municipal

## **1.2 Categoría 2do orden: Características del actor**

En el marco del tema de salud para inmigrantes, el tipo de relaciones forjada en el ámbito de la acción intersectorial en salud, se manifiesta influenciada por la capacitación previa recibida y la función desempeñada por el actor, específicamente por aquellos que ejercen liderazgo.

### **1.2.1 Categoría 3er orden: Capacitación en intersectorialidad**

Existiendo un proceso de construcción colectiva, son los actores quienes conducen y matizan la forma de lo construido. La no existencia de un proceso de preparación previa al tema y en específico la ausencia de una capacitación formal, es uno de los factores que desde la literatura son considerados como influyentes en la forma como se establecen las relaciones intersectoriales. En este caso los actores del nivel local y regional refieren, no contar con instancias de capacitación antes y durante el proceso de implementación de la acción intersectorial.

*“O sea una capacitación específica sobre el tema...No, no hemos tenido de eso, yo creo que más bien nosotros hemos desarrollado las acciones en función de la práctica y el conocimiento que uno tiene de prácticas anteriores, pero ¿una capacitación? No, yo creo que fue sobre la marcha que tuvimos que actuar, o sea si teníamos claro que había que desarrollar estos procesos en diferente niveles y eso lo hemos hecho, o sea, el nivel comunal*

*por ejemplo, teníamos claro que era bien importante para desarrollar las acciones por ejemplo los componentes del programa que tienen que ver con difusión, con atención, difusión sobre todo de derechos o con capacitación, había como que establecer una coordinación básica con la mesa comunal de migrantes en este caso donde están representados las organizaciones o los distintos actores, ese era como el primer nivel y establecer algún nivel de acuerdo para ejecutar varias de esas acciones.”*

Actor MMZ2. Funcionaria Departamento de Salud.

*“Yo miraba por ejemplo al servicio central que tenía un montón de trabajo, un montón de traducciones un montón de trabajo con la comunidad y yo decía chuta que voy a hacer porque aquí me han dicho “no, es eso, monitorea y listo” “cuando te lleguen los indicadores tú los revisas, que calcen con el dinero y si tienes alguna duda preguntas a la comuna...”*

Actor MR2. Funcionaria SSMN

*“No, o sea capacitación en sí, no, pero yo creo que en la práctica hemos entendido que, para poder buscar el desarrollo personal y familiar de un grupo de seres humanos afincados en un espacio determinado, no basta relacionarse con un solo sector, por ejemplo, solamente con salud, cuando también lo puede hacer con otros porque también hay una necesidad y en un espacio determinado de un territorio se concentran todas las necesidades...”*

Actor MT2. Funcionaria Desarrollo Comunitario

### **1.2.2 Categoría 3er orden: Función en el trabajo intersectorial**

La función que cumplen los actores del proceso también matiza la forma y el patrón de relación, lo cual ocurre en un espacio donde existen diferentes intereses y diversidad de valores. En este caso los actores, específicamente del sector salud, eran los visibles gestores del proceso, fomentando un involucramiento tal, que asegurará el control de todas las variables influyentes en el resultado. De este modo el foco estaba puesto en cooperar con los otros sectores en el desarrollo de acciones, que directamente tributaban a ello.

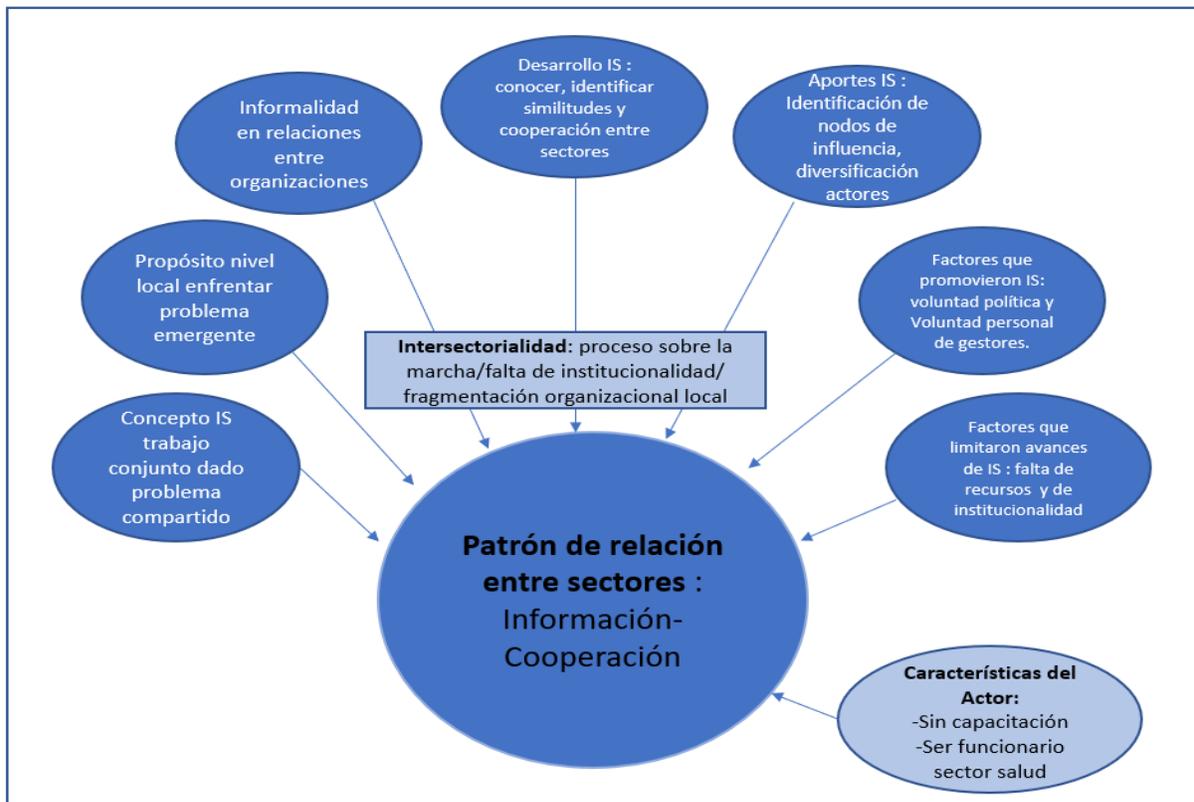
*“Algún tiempo, bueno en el CESFAM de Recoleta se conformó un consejo consultivo y ahí la población migrante tiene un representante, entonces hemos estado participando un buen tiempo, pero además de eso lo más importantes es el trabajo dirigido desde el departamento de salud que comenzó a implementar en diferentes sectores de la comuna, diagnósticos participativos con la población migrante, que eso permitió sumar muchas cosas que han dado como consecuencia o que ha contribuido a elaborar todo un plan mucho más consistente...”*

Actor MT3. Integrante Organización Sociedad Civil

“... o sea cuando recibimos nosotros el convenio, el convenio estipulaba tres líneas de trabajo, que era la difusión de derechos y de información sobre derechos de migrantes, el segundo tema tenía que ver con acciones que contribuyeran desde la calidad de atención y el acceso y lo otro era como formulación de protocolos. Eso en un principio, entonces ahí no nos indicaban “esto hay que hacerlo de esta forma”, pero había unas orientaciones técnicas desde el ministerio donde se mencionan que era como bien importante el trabajo intersectorial para esto”.

Actor MMZ2. Funcionaria Departamento de Salud.

Figura 5. Características Patrón de Relación entre sectores



Fuente: Elaboración propia.

## **2. Categoría 1er orden: Dimensiones de intersectorialidad**

Para poder establecer las dimensiones de la intersectorialidad presentes entre los diferentes organismos competentes con el acceso a la salud para inmigrantes, se identificaron algunos elementos del actuar intersectorial que podrían dar cuenta de esa relación. En este caso y dado que el trabajo intersectorial propiamente dicho se esperaba que se diera de forma más efectiva en el territorio, este componente del análisis será desarrollado solamente en el nivel local.

De esta manera tomando en consideración la teoría que guía la presente investigación y a partir de la cual se definen dimensiones como la integración, inclusividad y mancomunidad, se analizó a partir del relato de actividades representativas y las formas de trabajo dentro de estas, la existencia o no de estas dimensiones y los componentes fundamentales a partir de los cuáles emergieron.

### **2.1 Categoría 2do orden: Componentes de Intersectorialidad**

Tres son los elementos o componentes que la literatura menciona como importantes para la generación de intersectorialidad y la manera como esta es gestionada. Por un lado la inclusividad que hace referencia a la inclusión y participación activa de las instituciones/organismos en todo el ciclo del proyecto (política/programa) es decir en el diseño, planificación conjunta del presupuesto, formulación conjunta de los sistemas de seguimiento y evaluación; la mancomunidad que según Cunnil 2005, hace referencia a que la intersectorialidad implica el compartir recursos, responsabilidades y acciones, bajo la función de un mismo objetivo; y la integralidad como atributo que surge cuando las anteriores están presentes.

Es importante mencionar, que la intersectorialidad desarrollada en la municipalidad en el marco de garantizar el acceso y atención en salud a la población migrante apuntó en sus inicios y momento de mayor trabajo, al desarrollo de acciones puntuales, de modo de dar alcance a los productos y resultados propios del Programa. En este sentido se observa que, si bien existieron actos de planificación conjunta, la gestión que se visualiza está orientada más al desarrollo de dichas acciones que a una intersectorialidad sostenible en el tiempo. Esto se visibiliza a partir de la descripción de actividades representativas de intersectorialidad para los actores y las formas de trabajo descrita.

De acuerdo a esto se observa una inclusividad y mancomunidad limitadas. En el primer caso los actores participan de la formulación o la planificación de la actividad, sin embargo, no se visualizan diseños conjuntos, si no aislados, no se estructuran sistemas de seguimiento/evaluación. En el segundo caso, se comparten recursos a necesidad, pero no existen convenios formales para el mismo, y en algunos casos las responsabilidades solo son visibilizadas desde el sector salud, como agente interesado.

En cuanto a la integralidad esta se visualiza ausente, en la medida en que no existe una integración administrativa de los procesos.

### **2.1.1 Categoría 3er orden: Actividad Representativa**

Las actividades representativas de acción intersectorial que destacan en el relato de los actores son la entrega de información en ferias comunitarias o barriales, cursos de español para haitianos y pesquisa en terreno de personas sin acceso.

*“Información, orientación, folletería, campañas, salidas a terreno, básicamente eso”*

Actor MT2. Funcionaria Desarrollo Comunitario

*“Con DIDECO, el trabajo ha sido como desde la planificación de actividades, con educación en realidad fue a través de DIDECO, fue como el tema de regularización de los niños y la inscripción en el consultorio.”*

Actor MMZ3. Funcionaria Departamento de Educación Municipal

a. Ferias comunitarias

*“... hubo mucha disposición y siempre hay mucha disposición en el departamento de salud en las actividades que nosotros impulsábamos o que venimos impulsando como mesa migrante, cuando festejábamos el aniversario patrio de Colombia, de Perú, o cuando el día de la resistencia, el mal llamado encuentro de dos mundos el 12 de Octubre, lo celebrábamos en todas las organizaciones migrantes siempre hemos invitado al departamento de salud a estas actividades para que tengan un stand donde puedan difundir qué es lo que están haciendo, cuál es su política, o donde han hecho prestaciones sencillas del EMPA, y se han vinculado con la comunidad(...)”*

Actor MT3. Representante Organización Sociedad Civil

b. Pesquisa en terreno

*“... empezaba claro desde salud, bueno, desde DIDECO, que nos informaba de donde se ubicaban familias migrantes con muy alto grado de posible vulnerabilidad, nosotros íbamos a hacer las visitas, la pesquisa porque lo que se tenía como premisa era que no estaban inscritas en el CESFAM, en algún centro de salud, entonces se iba a hacer la visita, se difundía el derecho al acceso a la salud, se daba información sobre cómo se podía acceder al servicio de salud y además se hacía como un trabajo en conjunto si es que se encontraba por ejemplo algún tema específico de riesgo social, se derivaba directamente a DIDECO.”*

Actor MT1. Funcionaria Departamento de Salud

### **2.1.2 Categoría 3er orden: Formas de Trabajo**

En estas actividades participan salud junto a la sociedad civil (organizaciones de migrantes); Salud junto a Educación y Dirección de Desarrollo Comunitario; y Salud junto a Oficina migrantes de DIDECO. La puesta en marcha se evidencia sustentada a partir de instancias de formulación- planificación y el intercambio de los recursos con que se cuenta (espacios de reunión, espacio físico, financiamiento) sin la elaboración de arreglos formales y más bien una suerte de andamiaje para la cooperación entre organismos. De esta manera, en

algunos casos la ejecución compartida de estas actividades devela un trabajo de construcción sectorial individualizada, la que ha de desarrollarse en un espacio común. Bajo esta óptica si bien existe un tipo de mancomunidad, la inclusividad no está presente, siendo a su vez la integralidad un elemento ausente.

*“Se ha realizado dos jornadas de diálogo y trabajo con la Mesa Comunal de Organizaciones Migrantes y la Oficina del Programa Migrantes de la Municipalidad para presentar el “Programa de Acceso de atención a la salud” para recoger opiniones y sugerencias sobre las diferentes componentes, así como de formación y capacitación. Se recogen necesidades y a partir de eso se desarrolló una propuesta de curso taller “Habilidades sociales para Agentes Comunitarios de Salud” para ser implementada en los siguientes meses”.*

Departamento de Salud de Recoleta. Informe Convenio Migrantes. Diciembre 2015.

*“... lo que tengo entendido es que se planificó juntos, como que fue una idea creo que liderada por salud pero que DIDECO también fue parte de la planificación, de cómo idear la ubicación de las familias con riesgo social y cómo de primera instancia ver el tema de salud y de eso ser como entrada para abordar los otros distintos temas.*

*“No. Solamente se informó y se detalló el proceso de la actividad, pero no hubo evaluación.”*

Actor MT1. Funcionaria Departamento de Salud

*“... los recursos parten desde salud que fueron ellos los que pusieron al profe de español, escuela abierta presta el espacio que fue la escuela Rafael Valentín Valdivieso y bueno esto nace porque insisto, llegan a las escuelas porque saben que se prestan de forma gratuita, entonces llegan a preguntarnos de que forma ellos podían... ellos querían clases de español y no tenían en el minuto como para pagarle a un profesor, de qué forma nosotros podíamos ayudarles a ellos, se plantea esto en la mesa intersectorial y se dio que dijeron que si, hablamos con el profesor, se presentó el profesor, hablamos con este chico encargado de una comunidad haitiana y se dio...”*

Actor MMZ3. Funcionaria Departamento de Educación Municipal

*“... la idea partió de salud, o sea de poder apoyarnos a nosotros en el tema, y nosotros hicimos el diseño ya más práctico, porque nosotros comenzamos los talleres de español con un fondo precisamente que la biblioteca postuló y que obtuvo precisamente para el tema de migración; y nosotros propusimos que podía ser estos talleres porque era imprescindible, nuestra comunidad haitiana es la más vulnerable sobre todo a partir de la limitación que*

*tiene del idioma. Después de ahí surgió la propuesta muy bien vista de que salud tuviera facilitadores interculturales, que pudiese ayudar en el proceso de acogida, de información a la comunidad haitiana, cosa que nosotros observamos muy positivamente. El tema yo creo que parte porque ambos vemos las mismas necesidades o sea por lo mismo que hacemos, una mirada más comunitaria, o sea menos desde nuestro enfoque de programa o de dirección sino más que nada intersectorial, esa es un poco la ventaja que nos ha dado”.*

Actor MT2. Funcionaria Desarrollo Comunitario

### **3. Categoría 1er orden: Nivel de Intersectorialidad**

Para el análisis del nivel de intersectorialidad presente se consideraron los postulados descritos en la literatura y análisis realizados bajo esta misma perspectiva (Cunill, 2014), que establecen la existencia de niveles para la intersectorialidad en un rango que considera la “baja intensidad” y “alta intensidad”, y que está asociado a la complejidad y profundidad de los propósitos perseguidos.

En este caso, se identifica una baja intensidad, dado que la acción intersectorial surge bajo una dinámica donde en la práctica, la problemática solo logra ser abordada en los distintos niveles de gobierno, bajo la necesidad de asegurar acceso a un bien y/o servicio, y no desde la integralidad de la inmigración como tema transversal de involucramiento para todos los sectores, lo que ocurre incluso en el nivel local. Bajo esta circunstancia la intersectorialidad de alta intensidad se torna lejana, toda vez que no existen transformaciones profundas en las organizaciones y el trabajo aflora como resultado de los arreglos que se suscitan en instancias técnicas multisectoriales. Lo anterior se encuentra representado en la figura 5.

#### **3.1 Categoría 2do orden: Acción intersectorial**

##### **3.1.1 Categoría 3er orden: Procesos de Desarrollo**

El bajo nivel de intensidad de la intersectorialidad construida, se identifica a partir de los procesos de desarrollo de la misma, en donde la cooperación sustenta la operatividad e

implementación de las acciones. Estas surgen desde la convergencia y la facilitación de las acciones de los diferentes sectores hacia un objetivo común, y a partir de un trabajo colectivo que se sustenta a partir de compartir información y responder a la demanda momentánea de un problema. Sin embargo, no se evidencia una forma de operar que esté protocolizada e institucionalizada, aun cuando existan reuniones periódicas.

*“Mira, no fue coordinando inicialmente con el programa migrantes, lo que paso es que en el 2014 ,cuando empieza a haber un aumento de comunidad haitiana, lo que hace la oficina migrantes, coordina con la biblioteca y ellos impulsan como los dos primeros cursos, en el 2015 entonces la biblioteca consigue unos recursos, un apoyo y ahí hace el curso de español, después cuando se quedaron sin recursos, ahí nos sentamos a...ya cuando en el 2015-2016, sobretudo en el 2016, hubo un aumento sustancial de haitianos, también en la comuna, ahí coordinamos con la oficina migrantes para sumar recursos porque ellos tampoco tenían recursos (los de DIDECO), y nosotros del convenio aportamos una parte, entonces desde el 2016 a la fecha hemos ido apoyándonos mutuamente”.*

Actor MMZ3. Funcionaria Departamento de Educación Municipal

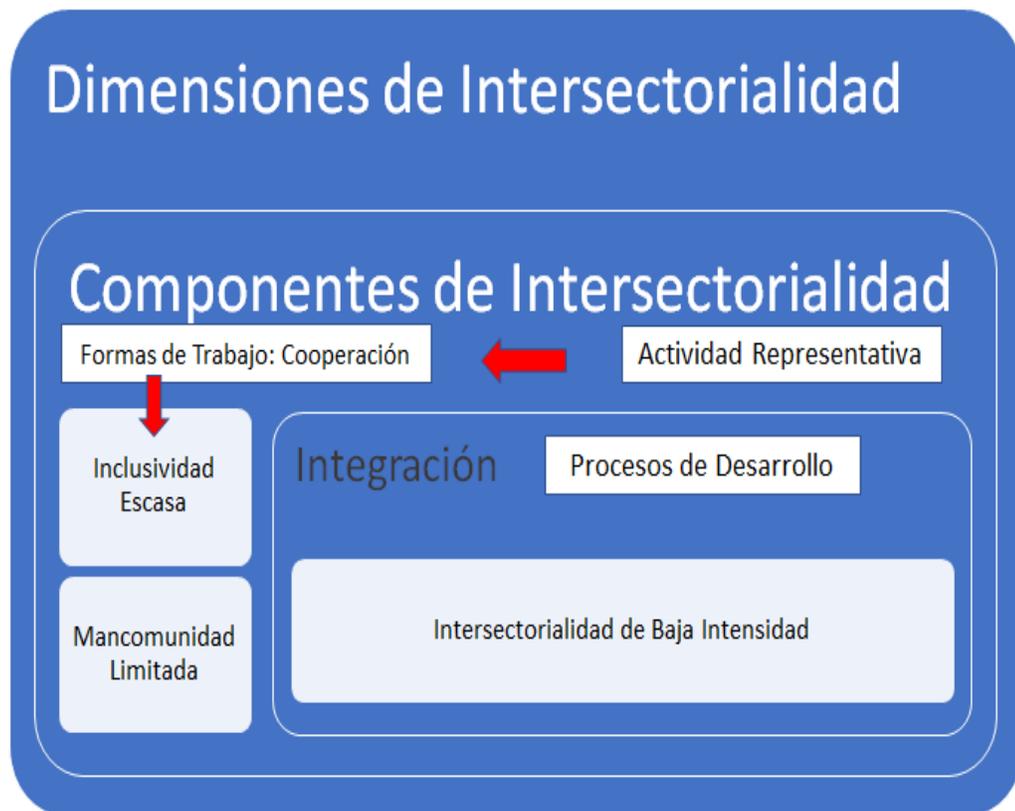
*“Lo que pasa es que como el año pasado teníamos un diagnóstico que hicimos nosotros, hicimos el trabajo a partir un poco de nuestra experiencia, los problemas que identificamos y a partir de eso se fue como planteando algunas acciones concretas que respondan a ese diagnóstico, por eso se hicieron esas actividades. Sin embargo, después de eso cuando DIDECO se sumó al trabajo de la mesa, definimos con un poco más de precisión los roles de cada uno, y ahí definimos que la mesa podía compartir algunas acciones, pero que en realidad el rol del vínculo con la comunidad lo determinaba DIDECO. Entonces ahí ¿cómo hemos precisado?, hemos precisado que vamos a mantener el espacio más bien para analizar estrategias, como para tener una mirada más política del trabajo no solamente de migrantes, en general porque el espacio de reuniones tampoco es permanente, nos reunimos una sola vez al mes...”*

Actor MMZ2.Funcionaria Departamento de Salud Municipal.

“Yo creo que nos contamos que es lo que hacemos... Información de lo que está haciendo cada uno de los programas del territorio, eso como primera cosa, no así los objetivos que tienen. No muchas veces se hablan de los objetivos de cada uno, de nuestra intervención, eso ocurre también porque tampoco tienen, salvo la unidad de salud, que trabaja metódicamente y metodológicamente bien, hay coherencia en lo que están haciendo, ellos tienen un diagnóstico, van actualizando sus diagnósticos, van implementando las acciones, tienen objetivos definidos, hay otras unidades que al parecer no...”

Actor MMZ1. Funcionario Desarrollo Comunitario

Figura 5. Dimensiones de Intersectorialidad y Nivel de Integración Observado



Fuente: elaboración propia

## VI. Discusión

En el marco del programa de acceso y atención de salud para inmigrantes en Recoleta, la intersectorialidad vista bajo una perspectiva analítica operacional, se da como un proceso. El que ocurre con mayor desarrollo en el nivel de gobierno local, pero que es influido en parte, por lo ocurrido en los otros niveles de gobierno.

Es así, como en el plano local, cobra forma como una práctica, desarrollada a partir de un trabajo conjunto entre distintos sectores, para enfrentar de forma consistente un problema común. Lo anterior, concuerda con lo encontrado por (Dall'Orsoletta & Brustolin Paula, 2016), en un estudio sobre el conocimiento sobre intersectorialidad de los gestores municipales y su aplicación en las políticas de salud, en donde se describió con mayor frecuencia, el desarrollo de intersectorialidad en las localidades, a partir de acciones y proyectos que se adelantan en conjunción con los otros sectores, y no de forma espontánea ante un problema que surgía.

En la manera como se produce esta intersectorialidad, es posible observar tres mecanismos pilares, siguiendo el marco analítico para la construcción de intersectorialidad postulado por Solar en 2015. Por un lado, *un contexto de inicio*, en que el surge una ventana de oportunidad a partir de condiciones socio-políticas determinantes. Por otro lado, tres *ejes clave de implementación* que le dan forma. Una visión desde el sector e intersector, de salud como producto social, un patrón de relaciones entre sectores del tipo “Información-Cooperación”, y una relación con la comunidad, sustentada en la participación social de foco informativo-colaborativo. Por último, la presencia de algunas *orientaciones de equidad en las estrategias*, a partir del enfoque de determinantes sociales y derechos humanos, así como de cierto tipo de *mecanismos de sustentabilidad* que dicen relación con la construcción de instancias o mesas

de trabajo, de sesión periódica.

Estas relaciones de intercambio de información y cooperación entre sectores, subyace al requerimiento operativo y de implementación de las acciones dispuestas en el programa. Esto, en el sentido de que aun cuando existe la convergencia y la facilitación de acciones entre los diferentes sectores y por tanto escenarios de aprendizaje y trabajo colectivo, la intersectorialidad aún no se expresa como una forma de operar que esté protocolizada e institucionalizada en el plano de lo local (municipalidad).

La gestión de la intersectorialidad dentro del programa de acceso a la atención en salud para inmigrantes en Recoleta, se operacionaliza como un proceso gradual, que no prevé la integralidad en ninguno de los niveles gubernamentales involucrados. De esta manera en el nivel local, a partir de la ausencia de estructuras funcionales propias para su implementación y/o de los cambios organizacionales esperados, la intersectorialidad emerge y se mantiene en un estado de desarrollo básico; comprometiendo la eficacia y sostenibilidad de las medidas comprometidas, haciéndolas vulnerables a los cambios de agenda, y a la priorización y redistribución de recursos.

De ahí que, a la forma como surge la intersectorialidad subyacen factores determinantes como el aumento consistente de la población migrante en el territorio, y la diversificación de países de origen y culturas, los que suponen un desafío permanente de abordaje. Por otro lado, se identifican factores de impacto positivo como la voluntad política y la motivación personal de los gestores; y de impacto negativo como la escases de recursos financieros, y humanos, la falta de tiempo para el desarrollo de las acciones o reuniones, escasa participación social, así como la insuficiente incorporación del tema en la formación y desarrollo de los directivos municipales; los que respectivamente, imprimen condiciones de

favorabilidad o limitación al proceso que se ha generado. Estos hallazgos se relacionan con lo encontrado por Otálvaro y López (2017), quienes, en un estudio sobre la intersectorialidad en la gestión territorial de la salud, describen entre los elementos limitantes para su desarrollo varios de estos; y por Cunnil, et al (2013) quienes describen la necesidad de que en el marco de lo institucional se generen ciertas competencias en este tema que faciliten los procesos de trabajo.

Es de denotar que este patrón de relaciones puede estar relacionado con una visión restringida del problema en el nivel local. Esto es, de que existe cierta priorización operativa en la organización (municipalidad) hacía los alcances del programa respecto del acceso a la salud, más que a un posicionamiento del tema de salud de la población migrante como eje de trabajo transversal, aunque es de considerarse que este puede ser el punto de partida para tal propósito. Tal situación muestra semejanza a los descrito por Solar (2009) en cuanto a que el patrón de relaciones información-cooperación, se produce cuando se busca intervención sobre enfermedades o atender a un problema específico en salud.

Del mismo modo dado que esta relación entre sectores surge implícita al desarrollo de un programa de salud y el logro de sus resultados, fomentar la articulación de los sectores en el nivel local, es un atributo que se visualiza y otorga al sector salud. Sin embargo, llama la atención que bajo una visibilización institucional de trabajo intersectorial como fin y medio que es transversal a todos los sectores, y que se observa en el discurso de los entrevistados, es el sector salud quien en el contexto de la municipalidad imprime, esfuerzos en el fomento y desarrollo de espacios de trabajo para consolidarlo. En contraste, se observa poco liderazgo de otros sectores, cuyas acciones podrían ser de mayor impacto en el marco de la promoción de bienestar y la transformación social, como educación y desarrollo comunitario. Esto

diverge de lo encontrado por Totaro et al., (2014) en un estudio brasilero de experiencias de intersectorialidad dirigidas a tratar problemas de salud pública, en dónde el sector educación es el que más aparece vinculado a acciones intersectoriales en el contexto de la promoción de la salud.

La intersectorialidad en el caso del acceso y atención en salud para inmigrantes en Recoleta es de baja intensidad, dada la expresión limitada que se identifica en sus dimensiones. Por un lado, la inclusividad es limitada, y se aprecia sólo desde procesos de planificación conjunta, apareciendo también como un asunto problemático para los actores. Por otro la mancomunidad, incorpora compartir en algunos casos recursos financieros, humanos y físicos, sin la existencia de acuerdos formales. Esto se asimila a lo descrito por (Cunill-Grau et al., 2013), quienes al estudiar la intersectorialidad dentro de las políticas sectoriales del Sistema Chile Crece Contigo, encuentran una inclusividad no apreciable y una mancomunidad ejercida de forma parcial. En el primer caso, porque la instancia técnica construida opera solo de forma ocasional, y no participan todos sus actores. En el segundo caso, se describen recursos (información, financieros, sistemas de monitoreo) que están solo centrados en el sector que lidera.

Según Bronzo 2010, citado por Dall'Orsoletta y Brustolin en 2016, la construcción de la gestión intersectorial y gobierno a varios niveles, requiere el cambio de las estructuras institucionales y de organización o la adopción de estrategias de gestión integrados que se centran en el territorio y la familia, que se traduce en la práctica en un intercambio de conocimientos y el poder del espacio, estructuración de nuevos lenguajes, nuevas prácticas y nuevos conceptos. En el caso de la Municipalidad de Recoleta como organismo ejecutor de la intersectorialidad en lo local, actualmente, esto aún no está lo suficientemente arraigado a la

realidad administrativa, aunque sí ya ha sido puesto sobre la mesa. Esto puede entenderse en el propósito del presente estudio desde dos perspectivas, una como elemento modelador de la forma que adquiere la intersectorialidad en el marco del acceso a la atención en salud para migrantes, y otra como foco de mejora para consolidarla.

## VII. Conclusiones

En conjunto, tanto el programa de acceso a la atención de salud para inmigrantes y el Piloto de Salud en Recoleta, se presentan como una respuesta social necesaria para reducir las barreras de acceso y atención enfrentadas por una población altamente vulnerable. De acuerdo a esto, en el marco de su implementación, y con un enfoque de la condición migratoria y el sistema de salud, como determinantes sociales para la salud de las personas, el trabajo intersectorial es comprendido como una estrategia necesaria para el alcance de tales propósitos.

La intersectorialidad es entonces asumida como una forma de enfrentar un problema de múltiples aristas y de alto impacto en salud como la migración, que requiere la convergencia de acciones desde distintos sectores y niveles gubernamentales, particularmente en el nivel local. Estas, han de producirse como forma de obtener una mayor eficacia, en virtud de contar con un mayor conocimiento de los territorios y cercanía con las expresiones del fenómeno.

En el marco de garantizar acceso y atención a salud para inmigrantes en la comuna de Recoleta, la intersectorialidad se presenta como una nueva forma de trabajar, la que, si bien ha contado con pasos iniciales para su instalación, aún no encuentra total asidero. Desde el nivel central hasta el local, la intersectorialidad se ha expresado más como un ejercicio práctico, y no como una manera de gobernar o de construir política pública, siendo esto lo esperado en el plano de lo resolutivo.

A nivel local, la gestión de la intersectorialidad aparece entonces como un proceso de construcción gradual y difícil de consolidar. Lo que se agudiza con la falta de una estructura funcional de implementación que integre a los actores de forma dirigida y coordinada.

En virtud de lo anterior, a pesar de que, en este proceso, son observables esfuerzos

teóricos y prácticos por parte de los actores (organismos) para crear bases en torno a un proyecto común, a saber, la energía, los recursos y las capacidades; el patrón de relaciones intersectoriales que logra instalarse es de información y cooperación, y alude a expresiones de intersectorialidad de baja intensidad de integración. Esto, dado que la carga de lo condicionante, aún recae sobre las personas y no sobre la institución (municipalidad). De esta manera, está sostenida de la voluntad y motivación de los funcionarios, y restringida por la limitación de recursos financieros y humanos; la falta de capacitación y de acuerdos formales de trabajo.

Del mismo modo existe un escaso desarrollo de la dimensión política en este caso, toda vez que aún cuando ha estado expresa la voluntad de hacerlo, no existe en el nivel nacional ni local, estrategias globales de desarrollo en pro de la calidad de vida, bienestar y salud de la población inmigrante en Chile, que, siendo asumidas bajo la implementación de políticas públicas, cuenten con procesos de planificación, ejecución y evaluación conjunta entre sectores.

La forma en que se da la intersectorialidad con ocasión del programa de acceso y atención en salud para inmigrantes en Recoleta, no difiere mucho del reportado en otros estudios realizados en el país, como el reportado por Cunill, Fernández y Thezá (2009), quienes abordaron la intersectorialidad presente en las políticas sociales en Chile o el de Velázquez M (2017), quien la analizó en el plan de acción para la protección de la infancia vulnerada. Esto coloca sobre la mesa, la necesidad de realizar estudios que profundicen en establecer las causas de esta forma de gestionar la intersectorialidad, sin que existe diferencia en el tipo de iniciativa (política, plan o programa) o problema abordado.

Este estudio contó con limitaciones asociadas al acceso al campo y en consecuencia

restricción a las fuentes de información (tanto entrevistas como documentos). Lo más común fue la negativa a participar de las entrevistas, por parte de los actores del nivel central, quienes no entregaron respuesta a las convocatorias realizadas a través de distintos medios. Lo anterior se asoció a que estos ejercían en la actualidad roles distintos y se encontraban contextos gubernamentales que cambiaron, de modo que, pudieron tener reservas frente al desarrollo de la investigación en razón del propósito, del tema, o sus efectos.

## VIII. Referencias

- Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291–4300. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>
- Alvarez, A., García, A., Rodríguez, A., & Bonet, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba Political will and intersectorial action: Key premises for the social determination of health in Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45(3), 1–16.
- Aristizabal M, & Galeano M. (2008). Cómo se construye un sistema categorial. *Estudios de Derecho*, 65(145), 162–187. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/red/article/viewFile/848/741>
- Bedregal, P., & Torres, A. (2013). Chile Crece Contigo: el desafío de crear políticas públicas intersectoriales. *Clave de Políticas Públicas*, (19), 1–6.
- Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). *International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recomendations for public policies*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11447/978>
- Castell Florit, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Publica*, 33(2), 1–13.
- Centro UC Políticas Públicas. (2015). *Buenas Prácticas Municipales Migrantes*. Recuperado de <http://gestionmunicipal.cl/wp-content/uploads/2015/08/migrantes.pdf>
- Centro UDP Derechos Humanos. (2015). *Informe Anual Sobre Derechos Humanos en Chile 2015*. Santiago de Chile.
- Concha, N. L., & Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507–520. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
- Correa, M. (2018). Migraciones y políticas de salud en Chile: Cronología de los principales hitos 2000 - 2018. *Academia y Crítica*, (2). Recuperado de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852913/pdf/11606\\_2007\\_Article\\_103](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852913/pdf/11606_2007_Article_103).

pdf)

- Cunill-Grau, N. (2005). *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. Santiago de Chile.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, XXIII(1), 5–46.
- Cunill-Grau, N., Fernández, M. M., & Thezá, M. (2013). *El diseño del modelo de la acción intersectorial en el Sistema Intersectorial de Protección Social . Alcances y límites*. Santiago de Chile.
- Cunill-Grau, N., Reppeto, F., & Bronzo, C. (2015). Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de protección social. En S. Cecchini, F. Fernando, M. Rodrigo, & Rossel Cecilia (Eds.), *Instrumentos Caminos latinoamericanos social de protección hacia la universalización* (pp. 407–442). Organización de Naciones Unidas.
- Dall'Orsoletta, & Brustolin Paula. (2016). Intersetorialidade: conhecimento dos gestores e a sua aplicabilidade nas políticas públicas de saúde intersectoral: knowledge of managers and their applicability in public health policies. *RIES*, 5(1), 12–20.
- Demoscopica. (2009). *Informe final “ diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana ”*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf>
- Departamento de Salud Recoleta. (2015). *Diagnostico de Salud 2015 - Recoleta*. Recuperado de [https://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2016/05/diagnostico\\_salud\\_2015.pdf](https://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2016/05/diagnostico_salud_2015.pdf)
- Departamento de Salud Recoleta. (2017). *Presentación Recoleta Jornada 11 y 12 Abril 2017*. Santiago de Chile.
- DIVAP. (2015). *Orientaciones técnicas Piloto de Salud de Inmigrantes*. Santiago de Chile.
- Flick, U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa* (E. Morata, Ed.). Madrid.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (Tercera Ed). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- INE. (2018). *Síntesis de Resultados CENSO 2017*. Recuperado de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

- Mendes, R., & Akerman, M. (2007). Intersetorialidade: reflexões e práticas. En Hucitec (Ed.), *promoção da Saúde e gestão local* (pp. 85–109). Sao Paulo.
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). Salud del Inmigrante. *Página web*, 1–5. Recuperado de <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Avances Pilotos Jornada Nacional*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
- Municipalidad de Recoleta-b. (2017). *Orientaciones conformación Mesa Intersectorial Comunal*. Santiago de Chile.
- Municipalidad de Recoleta -a. (2017). *Sistematización experiencia jornada Intersectorialidad Recoleta*. Santiago de Chile.
- Municipalidad de Recoleta -c. (2017). *Presentación Diagnóstico Intersectorialidad*. Santiago de Chile.
- Municipalidad de Santiago. (2014). *Estudio y diagnóstico del colectivo de migrantes residentes en la comuna de santiago*. Santiago de Chile.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagomez, A. (2015). *metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (Cuarta edi; Ediciones U, Ed.). Recuperado de <https://www.freelibros.me/metodologia-de-la-investigacion/metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-humberto-naupas-paitan>
- Oficina Migrantes Recoleta. (2013). *INFORME DE GESTION 2013 - Programa Migrantes*. Santiago de Chile.
- OIM. (2011). Perfil Migratorio de Chile. *International Organization for Migration*, 1–107.
- OPS-OMS. (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud*. Washington.
- OPS. (2015). *Impulsar el enfoque de la salud en todas las políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial*. Recuperado de [www.paho.org/publications/copyright-forms](http://www.paho.org/publications/copyright-forms)

- Otalvaro, J., & López, A. (2017). *Gestión territorial de la salud : perspectivas , aprendizajes*. 79–94.
- Pigatto, A., Ramos, A., Araújo, D., Simone, P., & Marino, M. (2010). Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública (Intersectoriality – a management challenge in Public Health). *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, 1(1), 137–142. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/408>
- Public Health Agency of Canadá. (2008). *Un Análisis De Estudios De Casos En 18 Países*.
- Seremi Metropolitana de Desarrollo Social. (2017). *Región Metropolitana De Santiago Población Inmigrante: resultados encuesta CASEN 2015*. Recuperado de <https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2017/02/DOCUMENTO-INMIGRANTES-RMS-CASEN-2015.pdf>
- Solar, O. (2017). *Acción intersectorial, salud y equidad social : Contextualizando las agendas –DSS-HiAP y ODS*. <https://doi.org/10.31381/illapa.v0i3.1160>
- Sosa, I., Rodriguez, A., Alvarez, A., & Bonet, M. (2013). Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*, 17(4), 650–660.
- Souza, M. (2017). *Integralidade e intersectorialidade: chaves de efetividade da ação local*. Sao Paulo.
- Stake, R. E. (1999). *Investigacion con estudios-de caso* (Segunda). Recuperado de <https://books.google.com.co/books?id=gndJ0eSkGckC&printsec=frontcover&dq=robert+yin+investigacion+sobre+estudio+de+casos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi5rNizsuHZAhVOoVMKHQM4CbsQ6AEIJTAA#v=onepage&q=robert+yin+investigacion+sobre+estudio+de+casos&f=false>
- Tess, B. H., & Abujamra, F. M. (2014). Intersectorial health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4449–4456. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.19282013>
- Totaro, L. M., Maio, I. G., dos Santos, T. I., Cunha, C. B. de J., & Wada, H. A. (2014).

Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, 38(103), 966–980. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>

Velásquez, S. (2017). *Intersectorialidad y capacidades institucionales en la gestión de las políticas de infancia: el caso del “Plan de acción para la protección de la infancia vulnerada”*. Universidad de Chile.

## Anexos

### Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **PROGRAMA DE ACCESO A LA ATENCION DE SALUD DE PERSONAS INMIGRANTES EN RECOLETA, UN ESTUDIO DE CASO DE INTERSECTORIALIDAD LOCAL**

Nombre del Investigador Principal: Gina Milena Correa Atencia, Ft

Rut: 25.44.880-2

Institución: Escuela de Salud Pública Universidad de Chile- Ilustre Municipalidad de Recoleta

Teléfonos: 951397707

**Invitación a participar:** Cordialmente le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación "Programa de acceso a la atención de salud de personas inmigrantes en Recoleta, un estudio de caso de intersectorialidad Local", debido a que usted pertenece a una instancia de acción intersectorial que contribuye a los propósitos de dicho programa.

Este estudio pretende conocer las características de la acción intersectorial y su rol, en aquellas experiencias que han permitido abordar las barreras en la atención en salud a las que se enfrentan los inmigrantes de esta comuna, promoviendo el acceso a la salud y la calidad de atención.

**Objetivos:** Esta investigación tiene los siguientes objetivos:

- 1) Identificar el patrón de relaciones a nivel intersectorial presente en el Programa Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta.
- 2) Caracterizar las dimensiones de intersectorialidad presentes en el Programa de Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta.
- 3) Establecer el nivel de intensidad de la acción intersectorial presente en el Programa de Acceso de Atención en Salud para Migrantes en Recoleta

**Procedimientos:** Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el

investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. El proyecto involucra la aplicación de 15 entrevistas, a personas de distintas instancias participantes en actividades del plan piloto.

**Riesgos:** Su participación en la entrevista no implica riesgo alguno para Usted. Las respuestas dadas no afectarán su situación actual dentro del organismo al que pertenece, ni sus futuras relaciones con los otros organismos que participan del programa.

**Costos:** No hay ningún costo por participar en este estudio.

**Beneficios:**

El beneficio para usted es conocer las prácticas llevadas a cabo y las lecciones aprendidas desde la perspectiva de la acción intersectorialidad involucrada en la implementación del programa.

Por otro lado, será posible visibilizar las prácticas sociales que involucran a la institucionalidad y la ciudadanía, como insumo para la construcción de teoría y por tanto para la generación de nuevo conocimiento.

**Alternativas:** No participar en este estudio sería una alternativa.

**Compensación:** No recibirá ninguna compensación económica por participar de este estudio.

**Confidencialidad:** La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Esta información será mantenida en archivos seguros y sólo el investigador tendrá acceso a esta información. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

**Usos potenciales de los resultados de la investigación:** Podría publicarse información sobre este estudio en revistas o presentarlo en congresos, sin embargo, así como en el reporte que se genere al finalizar este estudio y que será socializado con fines académicos al interior de la Escuela de Salud Pública y el Departamento de Salud

de la Ilustre Municipalidad de Recoleta, los datos serán presentados de forma general o agregada, y en ningún caso de forma individual.

**Voluntariedad:** Su participación en esta investigación es totalmente VOLUNTARIA. No está renunciando a ningún derecho o reivindicación legal y es libre de cambiar de opinión y dejar de participar en este estudio en cualquier momento.

**Derechos del participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. En caso de cualquier pregunta, inquietud o queja sobre la investigación o su participación en el estudio, Ud. puede comunicarse con:

Investigadores:

Gina Milena Correa Atencia, FT, + 56-951397707, [ginamilenac@gmail.com](mailto:ginamilenac@gmail.com).

Autoridad Institución:

María Eugenia Chadwick, MD, [mchadwick@recoleta.cl](mailto:mchadwick@recoleta.cl)

**Otros Derechos del participante:** en caso de duda sobre sus derechos, debe comunicarse con el Presidente del "Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos", Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: [comiteceish@med.uchile.cl](mailto:comiteceish@med.uchile.cl), cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

**Conclusión:** Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto "Programa de acceso a la atención de salud de personas inmigrantes en Recoleta, un estudio de caso de intersectorialidad Local".

---

Nombre del Participante

Firma

Fecha y Hora

Yo, personalmente, he explicado esta investigación al participante y he respondido todas sus preguntas. Considero que él/ella entiende la información expuesta en este consentimiento informado y consiente libremente su participación.

Nombre de Director de Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120 Rut.	Firma	Fecha
Investigador	Firma	Fecha

**Cuando Corresponda:**

LEY 20.584. REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD.

De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.

**Artículo 28.-** “Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica. En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal. En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la Comisión Regional indicada en el artículo siguiente que corresponda, a fin de que ésta revise los procedimientos en cuestión”.

Anexo 2. PAUTA DE ENTREVISTA

**PROGRAMA DE ACCESO A LA ATENCION DE SALUD DE PERSONAS  
INMIGRANTES EN RECOLETA. UN ESTUDIO DE CASO DE  
INTERSECTORIALIDAD LOCAL**

Instancia \_\_\_\_\_ Organismo \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Hora Inicio: \_\_\_\_\_ Hora Termina: \_\_\_\_\_

**1. CONTEXTO INTERSECTORIALIDAD (10 min)**

- ¿En qué organismo labora y cuál su cargo?
- ¿Cuál es la función principal que desempeña en dicho cargo?
- ¿Recibió usted indicaciones o capacitación acerca de cómo desarrollar acciones intersectoriales?
  - Respecto del Programa de acceso de Atención en Salud para inmigrantes en Recoleta, cuéntenos por favor el rol que ha desempeñado o desempeña.
- ¿Para usted que es intersectorialidad?
- ¿Qué aportes considera entregó el trabajo intersectorial en el desarrollo de un Programa de Atención en Salud para Inmigrantes en Chile?

**2. RELACIONES EN LA ACCION INTERSECTORIAL (15 min)**

Respecto de la instancia de trabajo en que se desempeña debido al desarrollo del Programa de acceso de Atención en Salud para inmigrantes y el Plan Piloto, cuénteme...

- ¿Con qué organismos y/o actores del intersector (incluye sociedad civil) tiene o ha tenido que trabajar?
  - ¿En qué ha consistido el trabajo desarrollado con estos organismos o actores?
  - ¿Cuál es o ha sido el propósito de este trabajo?
  - Considera usted, ¿qué el trabajo desarrollado ha contribuido al logro de los objetivos del programa? Explique.

- ¿Qué factores (personales, institucionales, sociales...etc.) considera han influido en el desarrollo de las acciones intersectoriales dentro del programa?

**DIMENSIONES DE ACCION INTERSECTORIAL (10 min)**

- ¿Mencione una actividad representativa para usted, del trabajo realizado con estos sectores?
- ¿Para el trabajo desarrollado con los sectores mencionados compartieron espacios, información, recursos, actividades y/o acciones? Explique por favor.

- Para la realización de estas actividades como participaron los sectores involucrados?  
Describa por favor

### Anexo 3. ENTREVISTA ACTOR MESA TÉCNICA

Gina: ¿En qué organismo laboras y cuál es tu cargo?

MT1: En la municipalidad de Recoleta como apoyo técnico del programa migrantes.

Gina: ¿Cuál es la función principal que desempeñas?

MT1: Este programa de migrantes está en el departamento de salud ahí yo soy el apoyo técnico de la encargada del programa y mi rol profesional es trabajadora social, hacer un poco el seguimiento social de las redes que pueden tener las personas migrantes que vienen a pedir ayuda al departamento y además en el apoyo técnico de ver el informe, buscar los datos para el informe, recogerlos, ayudar a elaborarlo y también hacer la suma de los elaboradores.

Gina: Dentro del trabajo que realizabas, dadas las disposiciones que traía el plan piloto del nivel central, se hablaba de un trabajo que debía hacerse de forma intersectorial, ¿Tú recibiste alguna capacitación respecto de cómo se debe trabajar intersectorialmente?

MT1: No, ninguna.

Gina: ¿Ni desde el nivel central, ni desde la institución...?

MT1: ¿Una capacitación, pero las hay? En ¿intersector? No, yo entiendo que el trabajo surgió por una directiva del alcalde que busco que todos los departamentos trabajen de manera intersectorial y como un tema transversal, que es el tema migrante, obviamente también.

Gina: Respecto del plan piloto y luego de este programa de acceso en salud, ¿Cuál es el rol que has desempeñado?

MT1: ¿En el plan piloto?

Gina: Si...

MT1: Es el mismo...he sido apoyo técnico en ser encargada de gestionar el programa, desde la planificación de las actividades, realizando las actividades y también en la elaboración del informe, es como muy amplio y muy variado.

Gina: ¿Qué es para ti intersectorialidad?

MT1: Vendría a ser el trabajo que se realiza con distintas áreas de...en este caso el trabajo con migrantes desde distintas áreas de la municipalidad, de los ministerios, de instituciones micros.

Gina: ¿Qué aportes consideras entrega el trabajo intersectorial en el desarrollo de un programa de atención en salud para inmigrantes en Chile?

MT1: Precisamente como el individuo y la familia tienen todos estos diversos aspectos, la intersectorialidad ayuda a ver, a trabajar con la familia, y sobre los individuos que puedan estar..., en este caso los migrantes. Ayuda a trabajar de manera más completa los casos y las mejoras para que pueden acceder con facilidad a sus derechos.

Gina: Ahora, me gustaría que nos contaras ¿Con qué organismos y/o actores del intersector que podría incluir a la sociedad civil (si fue así), tienes o has tenido que trabajar durante esa instancia en la mesa técnica?

MT1: Con DIDECO. El trabajo con DIDECO ha sido muy constante, ha sido de complementarse. Por ejemplo, en la oficina de migrantes de la municipalidad, que es parte de DIDECO, las personas migrantes se acudían para asesorarse sobre cómo regularizar su situación migratoria; pero la encargada de esa oficina además se preocupaba por si es que la persona estaba inscrita o no en el consultorio si recibían o no acceso a la salud, entonces derivaban a sus programas. Nosotros, cuando también venían casos que de entrada parecían temas de salud pero también se veía la complejidad de un problema social o familiar, derivábamos a DIDECO, a la oficina de migrantes y/o también a la oficina... al departamento social para que se pueda solucionar, bueno si es que era algún tema puntual, otro actor con el que hemos encontrado trabajo igual más fluido ha sido educación, con el tema de los niños, igual como su acceso a la salud, y creo que estos han sido los actores principales.

Gina: Del trabajo que nos comentas, realizado en la mesa técnica, ya sea con educación o con DIDECO, ¿Cuál ha sido el propósito del trabajo que han desarrollado?

MT1: Con DIDECO, el trabajo ha sido como desde la planificación de actividades, con educación en realidad fue a través de DIDECO, fue como el tema de regularización de los niños y la inscripción en el consultorio.

Gina: ¿Crees que el trabajo desarrollado ha contribuido al logro de los objetivos del programa? ¿O los objetivos que se plantearon en ese momento?

MT1: Sí, ayuda del programa de migrantes sí, ha ayudado mucho, y además ha ayudado como un plus a visibilizar la problemática migrantes que va más allá del tema de salud y como ponerlo a nivel de municipalidad por ejemplo de distintos departamentos como un problema transversal de la situación que pueden presentar las familias migrantes, o sea las situaciones de vulnerabilidad que pueden presentar las familias migrantes, y respecto a los objetivos, si por ejemplo la difusión de derechos, se logró en gran parte por el trabajo coordinado con estos dos

departamentos, con educación y con DIDECO.

Gina: ¿Qué factores personales, institucionales, sociales consideras han influido de forma tanto positiva como negativa en el desarrollo de las acciones intersectoriales dentro del programa?

MT1: Yo creo que dentro de los personales podría ser el compromiso que se encuentra en la encargada del programa migrantes y de la encargada de la oficina de migrantes, porque ambas son migrantes también entonces tienen mucho compromiso con este tema, tal vez también el tema de...

Gina: ¿Eso crees que ha influido positivamente?

MT1: El trabajo de ellas es como un trabajo que no tiene descanso, de verdad muy avocada al tema, no es un trabajo como “ya se cierra la oficina a las 5 de la tarde y lo que tenga que ver después no es tema mío”, es un tema de ellas más allá del horario de oficina. Otro factor podría ser que en lo institucional el apoyo del alcalde, que el alcalde tenga una marcada mirada sobre los derechos humanos, el acceso a ellos y garantizarlos a la población, y principalmente a la migrante porque se sabe qué población que tiende a presentar situaciones de vulnerabilidad eso también fue un factor súper importante, como que uno se siente 100% respaldado en ese tema, como que los lineamientos en ese tema (positivamente) son claros, no hay temor de arriesgarse, son muy claros, eso principalmente, fueron los factores que influyeron positivamente.

Gina: ¿Y algo que haya limitado el trabajo?

MT1: Tal vez la mirada de ciertos agentes, de los mismos funcionarios que a veces desconocen el tema y laboran desde el prejuicio por desconocimiento, entonces igual hay prejuicio, hay (a veces por los mismos funcionarios) hay discriminación, hay mucho desconocimiento...

Gina: ¿Al nivel de la municipalidad o de digamos otros organismos?

MT1: Yo creo que otros organismos, a nivel municipalidad es mucho más difícil, porque entre más cercanos al alcalde, en todo aspecto hay menos posibilidades de discriminar o tener esta mirada tan corta, pero ya después si uno va mirando los funcionarios en los CESFAM o en los mismos colegios ya ahí es un poquito más inevitable que exista esta mirada igual.

Gina: Bueno, y ahora pasaríamos a trabajar lo que son las dimensiones de la acción intersectorial.

En el trabajo desarrollado con los sectores mencionados, ¿Qué se compartió allí? Espacios,

información, recursos, actividades, acciones...

MT1: Todo, desde los espacios, los recursos igual... a ver, el trabajo es muy coordinado y lo bueno es que la planificación permitió eso, como ver qué espacios, qué recursos, que personal, qué responsables, qué acciones se iban a realizar y todo eso fue coordinado desde la planificación, entonces fue como muy fluido, debido a la planificación, fue muy fluido esta repartición de recursos que se podía tener de ambos lados.

Gina: Una actividad que quieras mencionar, que haya sido representativa del trabajo que se hizo con otro sector...Alguna acción...Alguna actividad...

MT1: Alguna actividad podría ser la pesquisa en terreno que empezaba claro desde salud, bueno, desde DIDECO, que nos informaba de donde se ubicaban familias migrantes con muy alto grado de posible vulnerabilidad, nosotros íbamos a hacer las visitas, la pesquisa porque lo que se tenía como premisa era que no estaban inscritas en el CESFAM, en algún centro de salud, entonces se iba a hacer la visita, se difundía el derecho al acceso a la salud, se daba información sobre cómo se podía acceder al servicio de salud y además se hacía como un trabajo en conjunto si es que se encontraba por ejemplo algún tema específico de riesgo social, se derivaba directamente a DIDECO.

Gina: En esta actividad que nos mencionas, que para ti es llamativa, ¿Cómo se realizó desde el principio? ¿Los dos sectores diseñaron la actividad juntos? ¿La planificaron y luego la realizaron/implementaron juntos? O ¿Cómo fue?

MT1: Yo entre como en la segunda fase de esta actividad, lo que tengo entendido es que se planifico juntos, como que fue una idea creo que liderada por salud pero que DIDECO también fue parte de la planificación, de cómo idear la ubicación de las familias con riesgo social y cómo de primera instancia ver el tema de salud y de eso ser como entrada para abordar los otros distintos temas.

Gina: Durante la instancia cuando participaste, ¿Evaluaron el proceso o las actividades que realizaron? ¿Existió proceso de evaluación?

MT1: No, solamente se informó y se detalló el proceso de la actividad, pero no hubo evaluación.

