

Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes

Perceptions about access and use of mental health services by immigrants in Chile, from the perspective of workers, authorities and immigrants

•••••

👤 Sofia Magdalena Astorga-Pinto¹, Báltica Cabieses¹, Alejandra Carreño Calderón¹, Ana María McIntyre²

✉ 1. Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Santiago, Chile
2. Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Santiago, Chile

✉ Sofia Astorga, s.astorga@udd.cl

•••••

RESUMEN

Introducción: Los migrantes internacionales presentan menos acceso y uso de los servicios de salud mental, tanto en Chile como en el mundo. Esto se puede explicar a partir de las múltiples barreras a las que se enfrentan en su atención en salud. El objetivo de este estudio fue describir la percepción que tienen diversos actores respecto del acceso y uso de los servicios de salud mental por parte de los inmigrantes. **Metodología:** Se realizó un análisis secundario de los datos cualitativos del estudio FONDECYT 11130042, el cual levantó información en ocho comunas de Chile, con un total de 256 participantes. Utilizando la metodología cualitativa de estudio de caso, se realizó un análisis temático de las entrevistas y grupos focales. **Resultados:** Tanto los inmigrantes, como los trabajadores de la salud y autoridades en salud reportan menor acceso y uso de los servicios de salud mental por parte de los inmigrantes, lo que presenta consecuencias en esta población. Se plantean barreras individuales y del sistema de salud que afectan el acceso a las atenciones en salud mental. Los participantes dan cuenta de iniciativas que mejoran las atenciones a la población inmigrante. **Discusión:** El acceso a salud como derecho humano presenta desafíos para los países por integrar a los migrantes internacionales al sistema de salud, especialmente al considerar el menor acceso y uso que tienen de los servicios de salud mental. En Chile los inmigrantes se encuentran con barreras importantes, barreras de un sistema de salud que restringe el acceso a los inmigrantes en situación irregular. Se hace necesario contar con intervenciones con enfoque de derechos humanos e interculturalidad, que mejoren el acceso a salud mental para los inmigrantes.

Palabras Claves:

Acceso a servicios de salud mental; Uso de servicios de salud mental; Migrantes internacionales; Chile; Estudio cualitativo.

Keywords:

Mental health services access; Mental health services use; Transients and migrants; Emigrants and immigrants; Chile; Qualitative study.

ABSTRACT

Introduction: International migrants have less access and use of mental health services, both in Chile and in the world. The multiple barriers they face in their health care can explain this difference. The aim of this study was to describe the perception of different actors regarding the access and use of mental health services by immigrants. **Methodology:** A secondary analysis of the qualitative data of the FONDECYT study number 11130042 was carried out. This study raised information in eight communes of Chile, with a total of 256 participants. Using the qualitative methodology of the case study, a thematic analysis of the interviews and focus groups was conducted. **Results:** Immigrants, health workers and health authorities, reported less access and use of mental health services by immigrants, which has consequences in this population. Individual and health system barriers that affect access to mental health care were found. Participants mention initiatives that improve healthcare of the migrant population. **Discussion:** Access to health is a human right, which represent a challenge for countries to integrate international migrants into the health system, especially when considering the less access and use they have of mental health services. In Chile, migrants face significant barriers, barriers to a health system that restricts access to irregular immigrants. It is necessary to have interventions with a focus on human rights and interculturality, which would improve access to mental health for immigrants.

INTRODUCCIÓN

La migración internacional es un tema de relevancia mundial, estimándose 258 millones de migrantes internacionales para el año 2017 (1). Chile

ha presentado un aumento de la población inmigrante en los últimos años, alcanzando el 4,35% de la población total el año 2017 (2). Este aumento genera desafíos respecto del acceso a servicios de salud, considerado como un derecho humano fundamental

que debe ser garantizado por los gobiernos de cada país (3). Si bien varios países han desarrollado una serie de iniciativas para incluir a inmigrantes, otros han planteado políticas restrictivas que limitan su acceso y atención, especialmente a inmigrantes en situación de irregularidad (4,5), pese a que este tipo de estrategias genera un mayor costo económico que ofrecer acceso al sistema de salud (6)

La literatura internacional indica que, en general, los inmigrantes presentan menor acceso y uso de servicios de salud que la población nativa (7–10), observándose excepciones para algunos servicios de salud (11,12). En el caso de los servicios de salud mental, incluyendo atención primaria (APS) y hospitalización, los inmigrantes presentan menor uso de estos servicios, sin presentar diferencias según país de procedencia y país receptor (13–22). Esto incluye menor acceso a salud mental en niños inmigrantes (16,23), tal como lo confirma una reciente revisión sistemática (24). No se observan diferencias por género, encontrando evidencia donde los hombres utilizan más los servicios de salud mental (13), y otras donde su uso es considerablemente menor que el de las mujeres (17).

En Chile se ha observado que el uso de servicios de salud mental por parte de los inmigrantes es menor que en la población chilena, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2013 (25). El grupo que presenta mayor dificultad de acceso y uso de servicios de salud en Chile son los inmigrantes irregulares (26). Respecto de las diferencias por género, un estudio encontró que los hombres perciben más problemas para acceder a asistencia médica (27).

Existen distintas explicaciones a las diferencias de acceso y uso de servicios de salud mental entre inmigrantes y población local. Una de éstas podría ser el efecto del migrante sano (extranjeros tendrían mejor salud y requerirían menos atenciones que los locales), que se ha observado en algunos problemas de salud mental (28). Sin embargo, la literatura no es consistente en este tema, encontrando también que la población inmigrante tiene igual o mayores necesidades de salud mental (17,18), por lo que no hay consenso respecto de

su influencia en el acceso y uso.

Una explicación que ha sido ampliamente estudiada son las múltiples barreras de acceso a las cuales se enfrentan los migrantes internacionales (29). Barreras tanto individuales como del sistema de salud, como es el maltrato del proveedor de servicios, falta de servicios apropiados, limitaciones idiomáticas, falta de conocimiento del sistema de salud, discriminación, falta de seguro, alto costo económico de los servicios, situación de irregularidad del inmigrante, falta del derecho de atención y el estigma de tener una enfermedad mental (17,29–31)

Entre las barreras observadas en el contexto chileno, un estudio realizado en una comuna de Santiago encontró que las principales razones por las cuales los inmigrantes no consultan a pesar de tener un problema de salud son: desconocimiento del sistema de salud chileno, no tener RUN (número identificador único), preocupación por el costo económico de la atención y no contar con permiso laboral (32). En la sección cualitativa del estudio se encontró que la condición migratoria, la percepción que tienen los trabajadores de salud, la relación que establecen trabajadores de salud y usuarios inmigrantes, la discriminación, desinformación y los problemas administrativos para el financiamiento en salud, afectan el acceso de los migrantes a los servicios de salud mental, junto con las creencias culturales de estigma hacia la salud mental (32).

Asimismo, en Chile se observan dificultades para informar a la población inmigrante sobre sus derechos y deberes en salud, siendo aún más difícil en población en situación irregular (26), lo que estaría limitando el acceso a los servicios de salud. Respecto a los servicios de salud mental, el 35% de los egresos hospitalarios de los inmigrantes por salud mental en el año 2012 se encontraban sin previsión de salud (25), siendo un número importante al considerar que muchos no acceden a salud debido a su falta de previsión.

Se hace relevante seguir estudiando el acceso y uso de servicios de salud mental en el contexto chileno, que ha presentado cambios en el perfil demográfico de los inmigrantes en los últimos años. Para esto es

importante recoger las diversas voces que integran el sistema de salud chileno, incluyendo a trabajadores y autoridades de salud, y a los mismos inmigrantes, con el propósito de plantear intervenciones que permitan facilitar el acceso a los servicios de salud mental a los inmigrantes. De esta manera, el objetivo del presente estudio es describir la percepción que tienen los migrantes internacionales, los trabajadores de salud y autoridades en salud, respecto del acceso y uso de servicios de salud mental por parte de los migrantes, entre los años 2014 y 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El presente estudio es un análisis secundario de los datos recolectados en el proyecto FONDECYT 11130042 “Desarrollando inteligencia en salud pública para inmigrantes en Chile: un estudio multi-métodos” (CONICYT, Gobierno de Chile 2013-2017), enfocado en describir la percepción de los inmigrantes, trabajadores de la salud y autoridades en salud respecto del acceso y uso de servicios de salud mental por parte de los inmigrantes. La investigación

Tabla 1

Descripción sociodemográfica de los participantes del estudio, según etapa del estudio.

Total de participantes etapa inicial 2014-2015 (n=225)	Información sociodemográfica
Directores de centros de salud primaria (n=17)	
15 entrevistas individuales	Sexo: 11 mujeres, 4 hombres Rango de edad: 27-64, promedio: 47,60 años
1 entrevista bipersonal	Sexo: 2 mujeres Rango de edad: 35-39, promedio: 37,50 años
Autoridades locales de salud (n=16)	
14 entrevistas individuales	Sexo: 9 mujeres, 5 hombres Rango de edad: 28-58, promedio: 43,86 años
1 entrevista bipersonal	Sexo: 2 mujeres Rango de edad: 46-47, promedio: 46,50 años
Trabajadores de salud primaria (n=69)	
8 grupos focales	Sexo: 58 mujeres, 11 hombres Rango de edad: 26-67, promedio: 39,01 años
Expertos (n=3)	
3 entrevistas individuales	Sexo: 3 hombres Rango de Edad: 37-51, promedio: 42,33 años
Migrantes internacionales (n=120)	
65 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y 8 grupos focales	Sexo: 80 mujeres, 40 hombres Rango de edad: 19-69, promedio: 36,29 años Nacionalidad: 46 peruanos, 27 colombianos, 20 ecuatorianos, 14 bolivianos, 11 dominicanos, 2 haitianos
Total de participantes etapa de confirmación de hallazgos 2016 (n=31)	Información sociodemográfica
Directores de centros de salud primaria (n=4)	
4 entrevistas individuales	Sexo: 2 mujeres, 2 hombres Rango de edad: 28-64, promedio: 47,25 años
Autoridades locales de salud (n=13)	
9 entrevistas individuales y 2 entrevistas bipersonales	Sexo: 7 mujeres, 6 hombres Rango de edad: 24-59, promedio: 39,77 años
Trabajadores de salud primaria (n=8)	
1 grupo focal	Sexo: 2 mujeres, 6 hombres Rango de edad: 30-57, promedio: 45,11 años
Migrantes internacionales (n=6)	
4 entrevistas individuales y 1 entrevista bipersonal	Sexo: 20 mujeres, 20 hombres Rango de edad: 24-53, promedio: 34,83 años

se sustentó en el paradigma constructivista, utilizando la metodología cualitativa de estudio de caso, la cual busca describir en profundidad un caso individual, que también puede ser una experiencia compartida por muchas personas (33). La metodología del proyecto original ha sido detallada en una publicación previa (34).

Participantes

La investigación se desarrolló en ocho comunas que presentaban la mayor densidad de población inmigrante con índices marcados de vulnerabilidad social en Chile (35). Se incluyeron a los siguientes actores: inmigrantes, autoridades comunales, directores y funcionarios de la salud de centros de APS. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años y firma de consentimiento informado. El número final de entrevistas contempló criterios de saturación de información para cada una de las comunas (36). La Tabla 1 describe a los participantes del estudio.

Recolección de información

El estudio se basó en dos temáticas principales: condiciones de vida y relación con el sistema de salud. La tabla 2 describe las preguntas directrices de la recolección de información consideradas para el análisis secundario. El levantamiento de información cualitativa se realizó entre el año 2014 y 2016, en dos etapas: recolección inicial y confirmación de datos. Se contactaron autoridades de salud comunales y se gestionó el contacto con los centros de APS. A través de estos contactos iniciales se accedió a población inmigrante, con técnica de muestreo bola de nieve (34).

Análisis

Toda la información proveniente del trabajo de campo fue transcrita en detalle. El material fue codificado y analizado utilizando el software NVivo 12. Se realizó un análisis temático (37) enfocado en el acceso y uso de servicios de salud mental, demandas en salud mental, barreras observadas e iniciativas para mejorar el acceso y uso a estos servicios, considerando los discursos de los diversos actores.

Criterios de rigurosidad científica

Este estudio contempló el cumplimiento de criterios de rigurosidad científica que incluyen: i) reconocimiento de los propios supuestos del investigador acerca del fenómeno en estudio (delimitados en el proyecto FONDECYT original); ii) confirmación de hallazgos con una selección de los participantes (que se realizó vía telefónica con un 15% de la muestra total); iii) contar con un comité asesor comunitario y un comité asesor académico que fueron consultados en múltiples oportunidades (34).

Consideraciones éticas

El proyecto original (FONDECYT 11130042) fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad del Desarrollo y por el comité de ética de FONDECYT, CONICYT, Gobierno de Chile.

RESULTADOS

Los hallazgos encontrados fueron agrupados en cuatro ejes temáticos: i) acceso y uso de servicios de salud mental; ii) barreras de acceso y uso de servicios de salud mental; iii) consecuencias en salud mental por problemas de acceso a servicios de salud; iv) iniciativas para mejorar el acceso a servicios de salud mental. A continuación, se presentan cada eje temático acompañado de viñetas de las entrevistas y grupos focales.

1. Acceso y uso de servicios de salud mental

Los participantes concuerdan en que el nivel de acceso y uso de servicios de salud mental por parte de los migrantes internacionales es bajo, lo que se repite en los otros servicios de salud. No obstante, los inmigrantes declaran tener necesidades en salud mental, necesidades que no están siendo abordadas adecuadamente e incluso observan esta necesidad en sus compatriotas.

I: Cuando tú dices que hay mucha necesidad mental en salud ¿ustedes recurren al CESFAM por salud mental? ¿O no? (...) Para atención con el psicólogo o la psicóloga.

P: No (respuesta grupal). (Entrevista 16, Recoleta, grupo focal inmigrantes)

Tabla 2

Preguntas directrices incluidas en las guías de entrevista y grupo focal del proyecto FONDECYT 11130042

Dimensión de interés	Categoría	Pregunta directriz
Determinantes sociales	Condiciones de vida de la comuna	¿Podría usted describir su comuna? Sus habitantes, fuentes de producción económica, capital humano, recursos disponibles, necesidades, fortalezas, etc. ¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas sociales de su comuna? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
	Salud de habitantes de la comuna	¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas de salud de los habitantes de su comuna? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
	Migrantes internacionales en la comuna	¿Cómo son los inmigrantes que residen en su comuna? Características demográficas, condiciones socioeconómicas y materiales, trabajo, familia, situación de migración, etc.
	Salud de migrantes internacionales en la comuna	¿Cómo calificaría usted la salud de la población inmigrante en su comuna? ¿Cuáles son los principales problemas sociales y de salud de esta población? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
La condición de migrante internacional	Vivencias de enfermar	¿Qué hacen los inmigrantes de su comuna cuando están enfermos? ¿Qué hacen los inmigrantes de su comuna para aliviar sus síntomas o sentirse mejor? ¿Cómo le afecta a un inmigrante de su comuna el estar enfermo?
	Vivencia de enfermar en condición de vulnerabilidad social	¿Cómo afecta la salud de los inmigrantes las siguientes situaciones: (a) estar indocumentado, (b) ser mujer inmigrante, (c) ser un niño inmigrante, (d) vivir en situación de vulnerabilidad socioeconómica?
	Estrategias de solución ante problemas de salud	¿A quién consulta un inmigrante por sus problemas de salud?
	Desafíos pendientes	¿Cuáles son los desafíos pendientes en su comuna para mejorar la salud de la población inmigrante?
Acceso y uso de servicios de salud	Uso habitual de servicios de salud	¿Cuáles son los grupos de la población que más se atienden en este centro de salud? ¿Por qué piensa que esto es así?
	Nivel primario de atención	¿De qué forma este centro de salud se ha adaptado para responder a las necesidades específicas de la población inmigrante que reside en esta comuna? ¿Cómo se han evaluado estos cambios? ¿Podría describirme el proceso para tomar una hora en el centro de salud? ¿son procesos diferentes para la población chilena y la inmigrante? ¿De qué forma? ¿Cómo estas diferencias podrían afectar la salud de los inmigrantes?
	Relación entre servicios de salud y migrantes internacionales	¿Cómo describiría la relación entre los inmigrantes y los centros de salud de su comuna? ¿Por qué?
	Desafíos pendientes	¿Cuáles son los desafíos pendientes en los centros de salud de su comuna para mejorar la salud de la población inmigrante?

Por otro lado, los trabajadores de APS mencionan que hay una demanda de salud mental por parte de los inmigrantes. Sin embargo, desconocen la cantidad aproximada de personas que se atienden en salud mental del centro, y tampoco hay consenso respecto de si la demanda de los inmigrantes de este servicio es proporcionalmente mayor o menor a la demanda de la población chilena.

2. Barreras de acceso y uso de servicios de salud mental

Los migrantes internacionales describen los problemas que han tenido para acceder al sistema de salud y hacer uso de sus servicios, incluido los servicios de salud mental. Esto se traduce en barreras tanto individuales, como del sistema de salud y sus trabajadores. A nivel individual, el inmigrante se enfrenta a una barrera antes incluso de llegar al centro de salud: el miedo a ser deportado.

Entonces ellos no se acercan muchas veces porque está también el temor de que los puedan mandar de vuelta a su país y vienen, como decía XX, cuando se sienten enfermos y ahí recién uno los toma y recién ahí uno puede hacer toda la intervención desde social, salud mental, de cualquier tipo (...). (Entrevista 109, Recoleta, grupo focal trabajadores de la salud)

Otra barrera individual que surge de las entrevistas a los inmigrantes es el miedo a ser maltratados por los trabajadores de la salud o por los otros usuarios. Esta percepción se sustenta en la creencia de que como son inmigrantes, no tienen derecho a la atención en salud en Chile.

I: ¿Por qué (no recurren al CESFAM por salud mental, aun cuando hay mucha necesidad)?

P: Le tenemos miedo. (...)

I: ¿Miedo? ¿Miedo a qué?

P: A que nos trate mal, al rechazo, (...) yo por lo menos siento que yo no tengo derecho yo soy de visita, me siento así. (Entrevista 16, Recoleta, grupo focal inmigrantes)

Una vez en el centro de salud, los inmigrantes se encuentran barreras propias del sistema de

salud chileno, como es la falta de disponibilidad de trabajadores de salud mental, lo que se refleja en dificultades para obtener una cita con el psicólogo.

I: Cuando yo les pregunto si se han atendido por salud mental, psicóloga, y todas dicen no, por miedo ¿da más miedo ir a la psicóloga o al psicólogo, que a un médico general?

P1: Bueno si sacar cita con un psicólogo.

P2: Uf, difícil.

P3: Esa demora es de nunca. (Entrevista 16, Recoleta, grupo focal inmigrantes)

La discriminación que viven los migrantes internacionales por parte de los funcionarios del centro de salud también representa una barrera. En este sentido, se observa que hay una falta de capacitación y sensibilización del equipo de salud en temas de interculturalidad y salud mental de inmigrantes, que afecta la atención en salud.

Nosotros les decimos que se capacita, se sensibiliza, porque yo cuando le explico a una persona que cuando viene una persona con sus dos hijos escapando de Buenaventura y no conoce lo que ocurre en Buenaventura difícilmente va a conectarse empáticamente con él. Estoy hablando del doctor, estoy hablando de la enfermera, estoy hablando del paramédico, de la trabajadora social, del psicólogo, del funcionario, del auxiliar de quien sea (...). Entonces la primera traba tiene que ver con el trato. (Entrevista 1, experto, hombre, fundación)

3. Consecuencias en salud mental por problemas de acceso a servicios de salud

Como consecuencia principal de estas barreras está el abandono del sistema de salud, es decir, la población inmigrante optaría por no atenderse. Este escenario es particularmente complejo ya que los inmigrantes esperarán a estar en una situación de urgencia para volver al sistema de salud chileno. De esta manera, la salud mental queda en segundo plano y recién se puede intervenir cuando han llegado al centro de salud por otra necesidad de salud.

Esa persona deambuló mucho tiempo (...) y

termina repercutiendo en un hospital público, sin control de embarazo, sin trámites migratorios, sin regulación afectiva, sin nivel de protección, sin decir todo el tema de la vulnerabilidad socioafectiva que estamos hablando de que dejó hijos, que dejó familia. (...) Encuentran que les ponen trabas en la atención, esa persona ya no va a volver, por la mala experiencia no vuelve a atenderse. (Entrevista 1, experto, hombre, fundación)

4. Iniciativas para mejorar el acceso a servicios de salud mental

A pesar de las situaciones descritas, los participantes también dan cuenta de varias iniciativas y elementos de la atención que mejoran el acceso y uso de los servicios de salud mental por parte de los migrantes internacionales. Los trabajadores de la salud han observado que un buen trato al paciente desde el comienzo de la atención, independiente de su origen, es central para que la persona se sienta cómoda y confíe en el equipo de salud. Una de las iniciativas descritas es el uso de un flujograma de derivación efectiva del paciente inmigrante dentro de la red APS, lo que facilitaría el uso de los servicios de salud.

Una matrona o un médico empieza a identificar algunos síntomas depresivos, por ejemplo, en una embarazada extranjera y la deriva. Y se le hacen entrevista, se le hace una visita domiciliaria, se derivan a psicólogos. (Entrevista 8, Recoleta, mujer, autoridad local)

DISCUSIÓN

El aumento de las personas migrantes internacionales genera una serie de desafíos a los gobiernos, los cuales tienen el deber de garantizar el acceso a salud a todas las personas, independiente de su condición migratoria. En este marco, el presente estudio tenía como objetivo describir la percepción que hay respecto del acceso y uso de los servicios de salud mental en la población inmigrante, desde la perspectiva de distintos actores. En general, los participantes consideran que

el nivel de acceso y uso de servicios de salud mental por parte de los migrantes internacionales es bajo. Estos resultados se condicen con los observados en la literatura internacional (7–10) y también nacional (25), lo que genera preocupación ya que se ha observado que la falta de acceso a salud se ha asociado a peores resultados en salud en la población migrante (38,39)

El bajo acceso y uso de servicios de salud mental no se puede explicar a partir de la menor necesidad de atenciones de salud mental por parte de los inmigrantes, ya que los participantes coinciden en que hay una demanda no satisfecha por atenciones en salud mental, al igual como se observa en la evidencia presentada (17,18). Asimismo, el efecto del migrante sano tampoco permite explicar las diferencias en problemas de salud mental, observando que los resultados internacionales son inconsistentes en esta materia y el presente estudio no lo aborda. En este sentido, una forma de explicar este menor acceso es a través de las barreras de acceso y uso. Las barreras identificadas en este estudio son similares a los descritos en la literatura chilena (32) y se dividieron en tres tipos para facilitar su análisis: barreras individuales, de los trabajadores de la salud y del sistema de salud. El primer tipo son las barreras individuales, en las que se incluyó el miedo a ser deportados, miedo al maltrato por parte de trabajadores de salud u otros pacientes, y creencia de no tener derecho a acceso a salud por ser inmigrantes. Resultados similares se han encontrado en evidencia nacional e internacional, en las cuales se observa como barreras para acceder a los servicios de salud mental la preocupación por el derecho a la atención en la salud y la discriminación (31,32). La percepción de discriminación es un tema complejo, ya que es considerado un determinante social de la salud mental (40), asociándose a problemas de salud mental en inmigrantes (41,42). Por lo tanto, es relevante abordar la discriminación como una barrera individual y también como una barrera de los trabajadores de la salud (segundo tipo de barrera). Igualmente, el miedo al maltrato se identificó como barrera individual, pero es también una barrera del trabajador de la salud

(segundo tipo de barrera). Esta barrera para el uso de servicios de salud mental también se ha observado en la literatura (29). En relación con esto, algunos participantes mencionan que el buen trato al paciente es de gran relevancia para que el paciente haga uso del sistema de salud, por lo que es importante trabajarla desde el inicio de la atención. Esto se condice con la literatura, observado que la percepción y relación de los inmigrantes con los trabajadores de la salud afectan el acceso a los servicios de salud mental en Chile (32).

Respecto a las barreras relacionadas al sistema de salud (tercer tipo de barrera), los participantes mencionan que la falta de disponibilidad de trabajadores de salud mental es una importante limitante para recibir atenciones de este tipo. Esto se condice con lo encontrado en la literatura, en donde la falta de servicios apropiados es considerada como una barrera de acceso (29). En el contexto chileno esta situación es compleja si se considera que el porcentaje del presupuesto asignado para salud mental (de total asignado para el sistema de salud público) fue de 2,16% en 2012, que es inferior al 5% establecido como meta en el plan nacional de salud mental y psiquiatría en 2000, y es más bajo que el de países como Estados Unidos y Canadá (43,44). A partir de este menor presupuesto es que se entiende la barrera mencionada, siendo necesario contar con mayor disponibilidad de psicólogos y psiquiatras tanto para la población inmigrante como para los chilenos. A pesar de esta situación, Chile ha avanzado en el desarrollo de iniciativas políticas en salud mental, publicando el plan nacional de salud mental 2017-2025 (44) y el modelo de gestión para la red temática de salud mental en el 2018 (45), en las cuales se incluye a la población migrante como grupo vulnerable ante problemas de salud mental. Por otro lado, la promulgación del Decreto Supremo N°67 en el año 2016 ha permitido facilitar el acceso a servicios de salud para los inmigrantes en situación irregular, entregándoles un número provisorio para FONASA (seguro de salud público chileno), pudiendo recibir atenciones en salud gratuitas, incluyendo atenciones de salud mental (46).

Otra posible explicación al bajo acceso y uso de los servicios de salud mental se puede entender desde las diferencias culturales sobre salud mental. La psiquiatría transcultural plantea que hay diferencias culturales en cómo se entienden, definen, diagnostican y tratan los problemas y síntomas de salud mental (47). De esta manera, pueden existir diferencias en como los inmigrantes y trabajadores de la salud conciben lo que es la salud mental y los problemas psiquiátricos, llegando a existir situaciones de subdiagnóstico o sobrediagnóstico en esta población. Asimismo, se ha observado que el estigma social respecto de la salud mental en los inmigrantes es una barrera que limita el acceso a estos servicios de salud (32). Por lo tanto, es importante que se consideren los elementos culturales en las atenciones de salud mental (48), siendo necesario formar a los trabajadores de la salud en competencias interculturales, para que sean sensibles a las necesidades y particularidades de la población migrante. Como propone la política de salud de migrantes internacionales como lineamiento estratégico: sistema sensible a las personas migrantes, a través de la accesibilidad y aceptabilidad en el derecho a la salud (49). Estas iniciativas permitirían mejorar la relación entre el paciente inmigrante y los equipos de salud. Desde el lado de los inmigrantes, se considera relevante capacitarlos sobre el sistema de salud chileno, para facilitar su navegación por el sistema, y sobre sus derechos y deberes en salud. Muchos creen no tener derechos, lo que los lleva a abandonar el sistema de salud o sólo atenderse cuando son urgencias, como se observó en el presente estudio. Asimismo, son necesarias iniciativas específicas a salud mental, considerando el estigma cultural presente y la creencia de que hay presentar patologías mentales severas para consultar con un psicólogo.

El presente artículo es uno de los primeros en Chile en abordar el acceso a salud mental de los migrantes internacionales, desde un enfoque cualitativo. En Chile y América Latina el estudio de la salud mental de los inmigrantes es limitado y aborda problemas específicos de salud mental (50), en donde la evidencia referente al acceso y uso de servicios de salud mental es escasa. La

falta de un cuerpo empírico no da cuenta de la realidad de la situación de los inmigrantes, quienes presentan necesidades en salud mental. Es necesario continuar investigando la temática, ya que esto permite orientar las iniciativas en salud mental, las cuales deben ser culturalmente pertinentes. Asimismo, las iniciativas sobre problemas de salud mental no solo deben tratar de atender las necesidades de las personas con trastornos mentales diagnosticados, sino también proteger y promover el bienestar mental de todos los ciudadanos (51). Como limitaciones de estudio es relevante mencionar que los datos se recogieron previo a la implementación del Decreto Supremo N°67, por lo que futuras investigaciones deben enfocarse en la situación más actual posible de Chile, considerando los nuevos cambios en el sistema político y de salud del país. Asimismo, la migración es dinámica y los flujos migratorios también han variado en los últimos años, por lo que otra limitante del presente estudio es que no considera los nuevos patrones migratorios, con sus necesidades específicas en temas de acceso a salud mental.

AGRADECIMIENTOS

A los trabajadores de la salud de las ocho comunas seleccionadas, quienes nos mostraron las dificultades y desafíos que perciben a diario al atender a la comunidad migrante. También agradecer a los directores de centros de atención primaria de salud que deben dar respuesta a los trabajadores de la salud, a los migrantes y simultáneamente dar cumplimiento a metas sanitarias y normativas internacionales.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Proyecto FONDECYT 11130042 “Desarrollando Inteligencia en Salud Pública para inmigrantes en Chile: un estudio multimétodos”.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD. International Migration Report 2017 [Internet]. 2017. 4–17 p. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf
2. Chile IN de E-. Resultados CENSO 2017 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://resultados.censo2017.cl/>
3. Organización Mundial de la Salud,. Salud y derechos humanos. Nota descriptiva [Internet]. 2015;(323). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
4. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Heal HumRights*. 2012;14(2150-4113 (Electronic)):49–60.
5. Falla AM, Veldhuijzen IK, Ahmad AA, Levi M, Hendrik Richardus J. Limited access to hepatitis B/C treatment among vulnerable risk populations: An expert survey in six European countries. *Eur J Public Health*. 2017;27(2):302–6.
6. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015;10(7):1994–2013.
7. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants use of emergency primary health care in Norway: A registry-based observational study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012;12(1):1. Disponible en: *BMC Health Services Research*
8. Gimeno-Feliu LA, Magallón-Botaya R, Macipe-Costa RM, Luzón-Oliver L, Cañada-Millan JL, Lasheras-Barrio M. Differences in the use of primary care services between Spanish national and immigrant patients. *J Immigr Minor Heal*. 2013;15(3):584–90.
9. Diaz E, Kumar BN. Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: A register-based comparative study in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1–10.
10. Elsouhag D, Arnetz B, Jamil H, Lumley MA, Broadbridge CL, Arnetz J. Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *J Immigr Minor Heal* [Internet]. 2015;17(5):1305–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-014-0119-3>
11. Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe - A systematic literature review. *Br Med Bull*. 2017;121(1):5–18.
12. Llop-gironés A, Lorenzo IV, Garcia-subirats I, Aller M, Vázquez L, Salut P De, et al. Immigrants ' Access to Health Care in Spain : a Review Hasta 2012 en España los extranjeros empadronados tenían derecho a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que los autóctonos y los no empadronados a la atención urgente , materna y me. 2014;715–34.
13. Durbin A, Lin E, Moineddin R, Steele LS, Glazier RH. Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in different admission classes and by refugees in Ontario, Canada. *Open Med*. 2014;8(4):e136–46.

14. Durbin A, Moineddin R, Lin E, Steele LS, Glazier RH. Mental health service use by recent immigrants from different world regions and by non-immigrants in Ontario, Canada: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1).
15. Spinogatti F, Civenti G, Conti V, Lora A. Ethnic differences in the utilization of mental health services in Lombardy (Italy): an epidemiological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(1):59–65.
16. Barghadouch A, Kristiansen M, Jervelund SS, Hjern A, Montgomery E, Norredam M. Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(8):1125–36.
17. Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A systematic Review. *Psychiatr Serv [Internet]*. 2017;67(3):265–74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5122453/pdf/nihms829294.pdf>
18. Finno-Velasquez M, Cardoso JB, Dettlaff AJ, Hurlburt MS. Effects of Parent Immigration Status on Mental Health Service Use Among Latino Children Referred to Child Welfare. *Psychiatr Serv [Internet]*. 2016;67(2):192–8. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201400444>
19. Vigod S, Sultana A, Fung K, Hussain-Shamsy N, Dennis C-L. A Population-Based Study of Postpartum Mental Health Service Use by Immigrant Women in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry [Internet]*. 2016;61(11):705–13. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743716645285>
20. Anderson KK, McKenzie KJ, Kurdyak P. Examining the impact of migrant status on ethnic differences in mental health service use preceding a first diagnosis of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(8):949–61.
21. Whitley R, Wang J, Fleury M-J, Liu A, Caron J. Mental Health Status, Health Care Utilisation, and Service Satisfaction among Immigrants in Montreal: An Epidemiological Comparison. *Can J Psychiatry [Internet]*. 2017;62(8):570–9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743716677724>
22. Abebe DS, Lien L, Elstad JI. Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(6):679–87.
23. Ivert AK, Merlo J, Svensson R, Levander MT. How are immigrant background and gender associated with the utilisation of psychiatric care among adolescents? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(5):693–9.
24. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Global Health*. 2018;1–10.
25. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. [Internet]. 2017. 520 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11447/978>
26. Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V, Reservados D. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones [Internet]. 2016. Disponible en: http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1459/Vulnerabilidad_Social...Resumen.pdf?sequence=1
27. Yáñez S, Cárdenas M. Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Salud Soc [Internet]*. 2010;1(1):51–70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4016251&info=resumen&idioma=SPA>
28. Mendoza FS. Health Disparities and Children in Immigrant Families: A Research Agenda. *Pediatrics [Internet]*. 2009;124(Supplement 3):S187–95. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2009-1100F>
29. Y.Y. Brandon Chen, JD, MSW Alan Tai-Wai Li M, Kenneth Po-Lun Fung, MD, MSc Josephine Pui-Hing Wong, RN, MScN P. Improving Access to Mental Health Services for Racialized Immigrants, Refugees, and Non-Status People Living with HIV/AIDS. *J Heal Care Poor Underserved*. 2015;26:505–18.
30. Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, Du Fort GG, Lasry JC, Young A. Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Can J Psychiatry*. 2007;52(5):295–304.
31. Liu C-H, Meeuwesen L, van Wesel F, Ingleby D. Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcult Psychiatry [Internet]*. 2015;52(3):331–52. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461514557887>
32. Rojas G. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago; 2008.
33. Creswell JW. Philosophical, Paradigm, and Interpretive Frameworks. In: *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 2012. p. 15–34.
34. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):167–75.
35. Vasquez A, Cabieses B, Tunstall H. Where are socioeconomically deprived immigrants located in Chile? A spatial analysis of census data using an index of multiple deprivation from the last three decades (1992-2012). *PLoS One*. 2016;11(1).
36. Patton MQ. Variety in Qualitative Inquire. In: *Qualitative research & evaluation methods*. 2002. p. 75–142.
37. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval [Internet]*. 2006;27(2):237–46. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1098214005283748>
38. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy (New York) [Internet]*. 2016;120(5):495–508. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012>
39. Avila RM, Bramlett MD. Language and immigrant status effects on disparities in Hispanic Children's health status and access to health care. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):415–23.

40. World Health Organization, Organization PAH. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Washington DC; 2014.
41. George U, Thomson MS, Chaze F, Guruge S. Immigrant mental health, a public health issue: Looking back and moving forward. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(10):13624–48.
42. Lahoz i Ubach S, Forns i Santacana M. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas individuo y Soc*. 2016;15(1):157–68.
43. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias Y Brechas Hoy; Salud Mental Mañana. *Acta Bioeth* [Internet]. 2016;22(1):51–61. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n1/art06.pdf>
44. Ministerio de Salud de Chile. Plan nacional de salud mental 2017-2025. Chile; 2017. p. 234.
45. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Gestión: Red temática de salud mental en la red general de salud. 2018. p. 383.
46. Ministerio de Salud de Chile. Decreto 67 - Modifica Decreto No 110 De 2004, Del Ministerio De Salud, Que Fija Circunstancias Y Mecanismos Para Acreditar A Las Personas Como Carentes De Recursos O Indigentes [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2016 p. 1. Disponible en: <https://www.leychile.cl/N?i=1088253&f=2016-03-10&p=>
47. Kirmayer LJ. Beyond the 'New Cross-cultural Psychiatry': Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(1):126–44.
48. World Health Organization. WHO Europe Policy Brief on Migration and Health: Mental Health Care for Refugees. Geneva; 2015.
49. Ministerio de Salud de Chile. Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. Santiago, Chile; 2017 p. 70.
50. Pan American Health Organization. National and international migration [Internet]. [cited 2019 Dec 29]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=migration>
51. Pan American Health Organization. Regional Mental Health Atlas. wa; 2016.
52. International Organization for Migration. World Migration Report 2013. Migrant Well-Being and Development. World Migration Report. 2013. 220 p.