



**SALUD DE PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES**  
**SERIE DE REPORTES**  
**MINISTERIO DE SALUD DE CHILE**

**SÍNTESIS DE EVIDENCIA CIENTÍFICA**  
**INTERNACIONAL PARTE 2**

**Interculturalidad en salud y migración**  
**internacional**

Febrero del 2018



Este documento está tomado del informe final del estudio original:

## ***SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN PILOTO NACIONAL DE SALUD DE MIGRANTES INTERNACIONALES***

Licitación 757-13-LE17  
Ministerio de Salud de Chile

Santiago, 28 de febrero del 2018

Comité Técnico Licitación, Ministerio de Salud de Chile y Superintendencia de Salud:

Jossette Iribarne  
Andrea Fernández  
Violeta Rojas  
Claudia Padilla  
Marcela Pezoa  
Viviana Reyes

El comité técnico agradece el trabajo de los siguientes expertos que participaron directamente de la elaboración de esta sección del informe, del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina Universidad del Desarrollo, y de la Organización Internacional para las Migraciones:

Báltica Cabieses, PhD  
Sofía Astorga, MSc  
Margarita Bernales, PhD  
Alex Alarcón, PhD  
Félix Martínez, MSc(c)

## DESCRIPCIÓN GENERAL

Esta revisión de literatura responde al primer objetivo específico de la propuesta de licitación pública 757-13-LE17 Estudio de Sistematización y Evaluación de Piloto de Salud de Inmigrantes, del Ministerio de Salud de Chile. Este objetivo específico corresponde a realizar una revisión y análisis de la experiencia internacional sobre:

- a.1) Buenas prácticas de atención en salud que apoyen el diseño, implementación y evaluación de políticas para personas migrantes internacionales.
- a.2) Evidencia del impacto o relación entre migración y estado de salud.
- a.3) Metodologías de sistematización de intervenciones en salud pública y promoción de salud con énfasis en población migrante e interculturalidad.
- a.4) Fuentes de información a nivel nacional entre lo disponible y lo requerido, distinguiendo por niveles de atención, para la aplicación de la metodología propuesta de sistematización y evaluación.

### Foco de la revisión

El foco fue relación entre el concepto de interculturalidad en salud y migración internacional.

Esta revisión crítica de la literatura siguió lineamientos generales de rigurosidad de una revisión sistemática, aun cuando su sentido es final es narrativo y comprensivo. Vale decir, se realizó una ecuación de búsqueda y una selección de títulos y resúmenes lo más rigurosa posible, para luego sintetizar los hallazgos de manera comprensible para público profesional general.

### Etapas de la revisión de literatura científica

A continuación, se detallan las etapas de esta revisión:

1. *Selección de palabras clave:* se definieron los conceptos centrales de esta revisión. Estas palabras se identificaron como MeSH terms y string terms para búsqueda científica en PubMed/Medline.
2. *Ecuaciones de búsqueda:* a partir de las palabras clave se construyeron ecuaciones de búsqueda, que a su vez fueron contrastadas con otras búsquedas similares ejecutadas previamente por los investigadores (por ejemplo, en asma y alergias en migrantes internacionales en el mundo, en acceso a salud en niños migrantes, en resultados generales de salud en migrantes). Se diseñaron ecuaciones de búsqueda para cada base de dato electrónica (PubMed/Medline). Considerando que las bases solicitan tres tipos de evidencia complementaria, que construyeron tres revisiones de literatura simultáneas, cada una con su propia ecuación de búsqueda. Es importante precisar que se probaron diversas ecuaciones de búsqueda para cada concepto, de tal forma

de aumentar la precisión y validez de las salidas de títulos. La Tabla 1 detalla las ecuaciones de búsqueda finales utilizadas:

**Tabla 1.** Ecuaciones de búsqueda para interculturalidad y migrantes internacionales

#	Ecuación	Hits PubMed
1	("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority") Filtro: últimos 5 años	15.452
2	("multiculturalism" OR "interculturalism" OR "multicultural" OR "intercultural") Filtro: últimos 5 años	3.902
3	1&2 Filtro: últimos 5 años	560

3. *Selección de hits:* Una vez encontrada la mejor ecuación para cada base de datos, las salidas o "hits" de cada una fueron exportadas a txt para revisión.
4. *Selección de artículos clave:* se realizó una revisión independiente de dos investigadores quienes revisarán las salidas en txt y definieron los papers que debían pasar a revisar en texto completo. Los desacuerdos se resolvieron en sesión especial de revisión de pares. La selección final de artículos fue descargada a texto completo; en aquellas no disponibles se contactó al autor correspondiente hasta tres veces antes de eliminar el artículo de la revisión.
5. *Extracción de información de artículos científicos:* se construyó una planilla Excel para extraer la información principal de los textos seleccionados para revisión crítica. Para artículos de naturaleza cuantitativa, se diseñó una planilla que permitió extraer magnitudes de efecto (prevalencia, incidencia, efectividad, costo-efectividad). Para estudios cualitativos, se diseñó una planilla que permitió extraer focos de estudio (temáticas y códigos pertinentes) así como perspectivas teóricas de análisis cuando estuvieran disponibles (sistemas de salud, determinantes sociales, derechos humanos, uso de servicios, satisfacción usuaria, proceso migratorio, como los posibles principales). Todos los artículos a texto completo, planillas Excel de extracción y tablas/cuadros de síntesis se resguardaron guardados en computador protegido del equipo de investigación.
6. *Análisis o síntesis:* para cada una de las tres revisiones paralelas de literatura se realizó una síntesis narrativa de principales hallazgos de la evidencia científica, que según correspondía fueron acompañadas de tablas y figuras que ilustrasen con claridad los principales puntos de conocimiento actual en la temática.

### **Aspectos éticos**

Esta revisión cumple con los estándares éticos necesarios establecidos en consensos internacionales. Considera la más alta rigurosidad científica en la búsqueda y selección de artículos. El manejo de todo el material se consideró confidencial hasta que el informe no fuese público. Las cuatro revisiones de literatura y la revisión de literatura gris se integraron en un informe único de resultados.

## RESULTADOS

### INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Del total de artículos que emergieron de esta búsqueda adicional (n=560) luego de excluir aquellos irrelevantes y aquellos repetidos, quedaron en total 14 artículos para revisión. A esta lista se agregaron además 5 artículos recomendados por MINSAL para este estudio.

Existen distintas definiciones posibles a la interculturalidad en salud. La más frecuente desde una base con pueblos originarios en Chile propone que se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales (Davinson y col 1997).

Tal y como lo señalara Alarcón el 2003, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural; situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente.

Destacamos como síntesis del análisis de estos estudios cómo el concepto de interculturalidad ha adquirido enorme realce en muchos países del mundo que han atendido el proceso migratorio internacional. Se pueden encontrar distintos autores con propuestas de definición propia, en general bastante similares entre sí, así como países que han adoptado ciertas posturas de implementación estratégica distintiva, llegando a observarse diferencias incluso dentro de un mismo país. El estudio por ejemplo de Caponio y Donnatelio del 2017 en Italia, da cuenta de implementaciones con énfasis distintos del concepto de interculturalidad para migrantes internacionales dentro del mismo país. El estudio muestra cómo los tres barrios de Turín desarrollan diferentes enfoques: social, cultural o más político a la interculturalidad, reflejando un tanto el contexto social y estructural en el que se establecieron los tres barrios, así como las definiciones de problemas y marcos de políticas de las organizaciones fundadoras.

El concepto de interculturalidad tiene varios conceptos relevantes asociados. Estos incluyen por ejemplo cultura, globalización, multiculturalidad, competencia cultural, pertinencia cultural, modelo intercultural en salud, por mencionar los más frecuentes en la literatura internacional. En Alemania, por ejemplo, se trabaja el concepto de apertura intercultural,

mientras que en USA se hace mención al concepto de humildad cultural. Estos conceptos están estrechamente relacionados entre sí y de hecho comparten bastantes aspectos de la definición, pero logran transmitir la profundidad del sentido de manera específica en cada contexto nacional particular. Para aportar a esta diversidad de miradas y definiciones, a continuación, se lista un glosario de conceptos sobre interculturalidad en salud.

Se encontró una síntesis narrativa de literatura de 25 artículos científicos dedicado a describir los distintos modelos conceptuales implementados en distintos países para mejorar la atención de salud en contextos de diversidad cultural. En este estudio publicado por Joshi et al el 2013, Se encontraron seis temas importantes: contexto de servicio, modelo clínico, capacidad de la fuerza laboral, costo para los clientes, servicios de salud y otros servicios. El personal multidisciplinario mejoró el acceso, así como también lo hicieron el uso de intérpretes y personal bilingüe, servicios sin costo o de bajo costo, servicios e extensión, transporte gratuito desde y hacia las citas, horas más largas de apertura de la clínica, defensa del paciente y uso de proveedores con concordancia de género. Estos servicios fueron asequibles, apropiados y aceptables para los grupos destinatarios. La atención también mejoró mediante la administración de casos por parte de trabajadores especializados. Por último, los autores destacaron que la calidad de la atención se mejoró mediante la capacitación en sensibilidad cultural y el uso apropiado de intérpretes.

Otro estudio relevante es de Terraza et al. del 2010 en España que propone que las políticas sanitarias dirigidas a inmigrantes se definen principalmente en los planes de inmigración. Los principios se basan en la igualdad de derechos en salud con la población autóctona, y los objetivos se dirigen a su consecución. Buena parte de las acciones están encaminadas a la mejora del acceso a la atención. Además, contemplan estrategias específicas para adaptación de los servicios, promoción de la salud, análisis de las necesidades y formación de los profesionales. Las políticas autonómicas siguen las directrices generales marcadas para todos en un país, pero con acciones más concretas. Las evaluaciones de las políticas son muy limitadas.

Un nivel adicional de consideración del concepto de interculturalidad corresponde al de escenarios con diversidad migratoria como parte del crisol de profesionales y trabajadores de salud. En este sentido, la interculturalidad no debe solamente comprenderse como algo “que está afuera” del sistema de salud en inserto en la comunidad, sino que también está “dentro” del mismo en su construcción más fundamental. Esta dimensión interna del sistema de salud de la interculturalidad no es nueva en lo absoluto, basta con revisar estudios de comportamiento organizacional, trabajo en equipo e interdisciplina en salud, pero aporta con un ángulo relevante a la hora de desarrollar un marco conceptual amplio de la interculturalidad en salud. Un estudio publicado en 2014 sobre la incorporación de migrantes internacionales enfermeras al sistema de salud australiano propone que la inexistencia de normas y los recursos inadecuados utilizados para reclutar, clasificar y utilizar a las enfermeras inmigrantes en los niveles organizacionales de salud pueden convertirse en limitaciones estructurales para su adaptación a la práctica profesional de enfermería y la integración en la fuerza de trabajo en un país anfitrión. Aprender unos de otros en equipos multiculturales e interacción intergrupala positiva en la promoción del entendimiento intercultural son factores que contribuyen a la adaptación de los enfermeros inmigrantes y la integración de la fuerza laboral (Xiao et al 2014).

Esto es, la interculturalidad va más allá del encuentro entre dos culturas visiblemente diferentes, sino que es el encuentro cotidiano entre dos o más seres humanos, en tanto cada ser humano es un mundo complejo de experiencias, creencias y proyectos de vida, que se van modificando y co-construyendo a partir de cada interacción con otra persona y con la naturaleza. Esta idea puede expandirse, por ejemplo, a diversidad no solo de país de origen sino cultural, religiosa, sexual, de género, de intereses, de estilos de vida, entre muchas otras.

Existen estudios que denotan la enorme oportunidad que existe de sensibilización a trabajadores de salud en esta temática con enfoque intercultural, incluso desde el pregrado. El estudio de Riner del 2013 en USA es un ejemplo de esto. Este estudio de caso describe cómo se rediseñó un curso de práctica de enfermería en salud comunitaria para aumentar el conocimiento y las interacciones de los estudiantes de pregrado con las poblaciones de inmigrantes. El objetivo de esta práctica adaptada es desarrollar el sentido de compromiso global de los estudiantes mientras permanecen en la comunidad. Se crearon ambientes de co-aprendizaje mediante el uso de una filosofía de educación experiencial, que permitió que el practicante evolucionara a medida que los estudiantes, la facultad, el personal de la agencia y los residentes de la comunidad aprendieron juntos sobre la práctica. Los estudiantes desarrollaron una compleja comprensión de la salud y las condiciones sociales de las poblaciones inmigrantes. Pasaron de una orientación principalmente mono-cultural a una orientación cada vez más multicultural.

Vinculado al párrafo anterior, existe otra esfera de la interculturalidad en salud importante de destacar. Esta corresponde a la del encuentro –e incluso choque- entre modelos de creencias en torno a la provisión de servicios y cuidado en salud. Todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y, a veces, antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. En este contexto la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. No obstante, la experiencia de proyectos en salud internacional da cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Así, las variables étnico-culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes. En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas (AM Alarcón 2003).

Si bien la mayoría de la evidencia disponible considera el concepto de intercultural a nivel amplio social, o local comunitario, este concepto tiene además una dimensión familiar que no podemos ignorar. Tal y como lo demuestran algunos estudios, familias multiculturales (padres de distinto origen, padres del mismo origen, pero viviendo en otro país y con hijos nacidos en ese lugar, entre otras opciones) que enfrentan dificultades de adaptación e integración y pobre comunicación efectiva familiar están más propensos a experimentar violencia doméstica, en especial si el perpetrador vivió violencia doméstica en su infancia (Choi & Hyun 2016).



La evidencia internacional propone una serie de recomendaciones desde el enfoque de interculturalidad en salud y migración internacional. Estas serán posteriormente combinadas con evidencia cuantitativa y cualitativa, e integradas en una lista de recomendaciones específicas para el país (informe final). Solamente iluminado por esta revisión de literatura, destacamos las siguientes recomendaciones generales basadas en la evidencia:

- 1) Contar con un marco conceptual fundamentado y basado en la evidencia del enfoque de interculturalidad en salud para migrantes internacionales, que al mismo tiempo tenga pertinencia histórica, socio-cultural, política, geográfica y simbólica para el país en el cual se desarrolla.
- 2) Vincular el marco conceptual o teórico en esta temática a acciones concretas, que idealmente hayan sido probadas previamente y hayan demostrado su utilidad, tanto en el mismo país como en el extranjero para su transferencia efectiva.
- 3) Establecer ejes programáticos estratégicos y acciones con enfoque intercultural en salud para migrantes internacionales basadas en la evidencia científica, con evaluación crítica permanente de su poder de transferencia en los contextos locales reales.
- 4) Existe poca evidencia del diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud para migrantes internacionales a nivel mundial; los estudios disponibles provienen de países desarrollados con moderados a altos porcentajes de población migrante internacional y dan cuenta de la heterogeneidad posible de alcanzar en la implementación práctica de enfoques conceptuales de interculturalidad similares. Esto da espacio a la construcción local, inspirada en la evidencia internacional, de múltiples formas de penetrar el enfoque de interculturalidad en las sociedades, sistemas de salud y desarrollo cotidiano comunitario de los procesos de salud en nuestro país.
- 5) Es un punto de partida crítico el reconocimiento formal e informal de los distintos grupos sociales, culturales y migratorios existentes en un país. Esto incluye mejoramiento de procesos de regularización de papeles, reconocimiento oficial de estos grupos desde el Estado, con normativas legales y técnicas vinculantes cuando sea necesario.
- 6) Desde un enfoque de derecho y de equidad en salud, es el Estado y los ciudadanos quienes tienen el poder y la oportunidad de generar espacios de reconocimiento mutuo de los diversos colectivos sociales de un país. Esto es importante para la construcción de salud en un estado de bienestar para todos los miembros de la sociedad.
- 7) El importante que los sistemas de salud formalicen de manera explícita su posición respecto de la atención en salud intercultural, diseñando sus propias definiciones y modelos conceptuales, en relación permanente con dichos grupos sociales diversos que conforman el tejido social del país.

- 8) Es fundamental que los profesionales de salud comprendan en profundidad la verdadera naturaleza y alcance de la interculturalidad en salud, no solo en la atención a usuarios sino también como parte de la existencia de los sistemas de salud y su fuerza laboral.
- 9) La existencia de mediadores culturales y facilitares lingüísticos parecen, desde la evidencia internacional, ser un aporte al enfoque intercultural en salud. Estos deben integrarse desde programas formales de trabajo, con metas y procesos de evaluación explícitos, así como monitoreo constante de su impacto en la salud de la población.

Según Mladovsky et al (2012) existen buenas prácticas de Estado esenciales para la protección de la salud de migrantes internacionales, que sin además ineludibles desde un enfoque de derechos humanos. Estas buenas prácticas se pueden organizar en cuatro grandes ejes estratégicos:

**1) Acortar la brecha de uso de servicios de salud entre migrantes internacionales y población local:**

- a. La diversidad en la fuerza laboral de salud puede fortalecer la provisión de servicios de salud para migrantes. estudios sugieren que los pacientes de grupos minoritarios que tienen una opción tienen más probabilidades de seleccionar profesionales de la salud de su propio origen étnico y generalmente están más satisfechos con el cuidado que brindan.
- b. Servicios de salud en muchos países están cultivando vínculos con las comunidades de migrantes a través de programas de extensión y asegurando que los grupos de migrantes estén representados en plataformas de pacientes y cuerpos consultivos.
- c. Se necesitan actividades de promoción de la salud, alfabetización y educación para llegar efectivamente a los migrantes. Estudios sugieren que hay mucho margen para la transferencia exitosa de la política y las mejores prácticas en la promoción de la salud de los migrantes.

**2) Métodos de interpretación:**

- a. La interpretación cara a cara puede ser costosa e inconveniente, ya que hay que hacer una cita por adelantado. Por esta razón, los servicios de salud a menudo usan agencias que brindan servicios de interpretación telefónica. Sin embargo, esta técnica puede hacer perder información valiosa, por esta razón se recomienda usar videoconferencia.
- b. Estudios sugieren que es posible que se deban superar las barreras organizativas y administrativas antes de aprovechar al máximo los beneficios de la tecnología.

**3) Acercarse a la población de difícil acceso (“hard to reach”)**

- a. Las unidades de salud básicas son una forma importante de brindar servicios a grupos especialmente vulnerables de migrantes y tienen una larga historia en algunos países.

- b. Es posible que servicios separados de organizaciones no gubernamentales deban ser configurados para ciertas categorías de migrantes, porque algunos grupos de migrantes en muchos países no son elegibles para la atención médica estatutaria. En Europa por ejemplo, existen varias décadas de experiencias de ONGs apoyando a grupos migrantes vulnerables que no han podido acceder al sistema de salud formal de su país.
- c. No obstante, la entrega de servicios de salud por fuera de los sistemas formales a población migrante internacional tiene el riesgo no ser sustentable en el tiempo, ni vinculante a cuidados de salud formal cuando sea requerido (ej. hospitalizaciones). Al mismo tiempo, sirven de excusa para que los gobiernos no tomen con urgencia este tema a nivel político e institucional.

#### **4) Creando puentes para romper barreras culturales:**

- a. La capacitación en competencia cultural puede incorporarse a la educación básica de los profesionales de la salud o se puede brindar por separado en una etapa posterior.
- b. Hoy en día, la capacitación en 'competencia cultural' tiene como objetivo desarrollar habilidades en comunicación intercultural, actitudes de respeto y apertura, y relevante conocimiento. Como punto de partida, también es esencial que los trabajadores de la salud adquieran conocimientos sobre su propia cultura y supuestos implícitos. Universidades en Canadá, los Países Bajos, Suecia, Reino Unido y los EE. UU. han integrado la competencia cultural en los programas de capacitación médica de pregrado.
- c. También se puede lograr una mejor comunicación mediante el uso de mediadores culturales que estén familiarizados con el mundo de los migrantes (a menudo porque provienen de la misma comunidad), así como con el mundo de la atención médica. Países en los que los servicios de salud de propiedad estatal brindan mediadores interculturales incluyen Italia, los Países Bajos, España y Suiza.

El segundo estudio encontrado sobre buenas prácticas (Priebe et al. 2011) identificó ocho tipos de problemas y siete componentes de buenas prácticas que representan todas las declaraciones en las entrevistas. Los ocho problemas fueron: barreras del idioma, dificultades para organizar la atención de los migrantes sin cobertura de salud, privación social y experiencias traumáticas, falta de familiaridad con el sistema de salud, diferencias culturales, diferentes comprensiones de enfermedad y tratamiento, actitudes negativas entre el personal y los pacientes, y la falta de acceso al historial médico.

Los componentes de buenas prácticas para superar estos problemas o limitar su impacto fueron: flexibilidad organizacional con tiempo y recursos suficientes, buenos servicios de interpretación, trabajo con familias y servicios sociales, conciencia cultural del personal, programas educativos y material de información para migrantes, positivo y estable las relaciones con el personal y las pautas claras sobre los derechos de atención de los diferentes grupos de migrantes. Los problemas y los componentes de buen cuidado fueron similares en los tres tipos de servicios. Es importante notar que los profesionales de la salud en diferentes servicios experimentan dificultades similares al brindar atención a los migrantes. También tienen opiniones relativamente consistentes sobre lo que constituye

una buena práctica. El grado en que estos componentes ya son parte de la práctica habitual varía. La implementación de buenas prácticas requiere recursos suficientes y flexibilidad organizacional, actitudes positivas, capacitación para el personal y la provisión de información. En tercer y último lugar, se destaca una serie de recomendaciones de México para el desarrollo de políticas para grupos vulnerables incluyendo migrantes internacionales. El cuadro a continuación detalla esta información, tomado de la publicación de Juarez-Ramírez et al 2014:

**CUADRO 2. Recomendaciones de política pública para mejorar la atención en salud de grupos vulnerables (GV), México, 2014**

Recomendación	Motivo	Estrategia
Mejorar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreras que impiden el acceso y la utilización de los servicios</li> <li>Infraestructura inadecuada de las unidades de salud</li> <li>Desabastecimiento de medicamentos</li> <li>Recursos humanos no capacitados para atender las necesidades particulares de GV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratar traductores de lenguas locales</li> <li>Instalar unidades médicas permanentes en zonas de difícil acceso</li> <li>Destinar fondos a los sistemas estatales de salud para la compra de materiales (instrumental, mobiliario, medicamentos) necesarios para las unidades de atención primaria</li> <li>Contratar un número mayor de médicos para zonas rurales y proporcionar incentivos especiales para garantizar su permanencia</li> <li>Informar y sensibilizar culturalmente a los distintos prestadores de servicios en EE. UU.</li> </ul>
Fortalecer la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y persistencia de las "enfermedades de la pobreza"</li> <li>Falta de oportunidad en materia de prevención y atención en salud</li> <li>Modelo de atención enfocado en la biomedicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generar modelos enfocados en la atención de las inequidades sociales y de salud</li> <li>Promover la participación comunitaria en salud y el empoderamiento de la población</li> <li>Favorecer la atención en salud centrada en las personas y las comunidades</li> <li>Implementar campañas que informen a los usuarios sobre sus derechos en relación a la salud</li> <li>Impulsar programas de promoción a la salud enfocados en la prevención y la atención de enfermedades crónicas</li> <li>Mejorar la calidad de los servicios de salud</li> <li>Garantizar la coordinación entre niveles de tomadores de decisiones</li> <li>Establecer un sistema de registro nominal</li> </ul>
Elaborar políticas públicas incluyentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los programas destinados a la atención de los GV no han sido eficaces</li> <li>Han sido elaborados sin considerar la perspectiva de los GV</li> <li>Intervenir oportunamente detiene el proceso hacia la vulnerabilidad</li> <li>No existe una articulación de políticas binacionales en salud para migrantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Articular estrategias intersectoriales</li> <li>Incorporar una perspectiva incluyente de los GV</li> <li>Retornar la evidencia generada por la investigación en salud para la toma de decisiones</li> <li>Concertar acciones y políticas con otros países (como EE. UU.) para promover la salud de los migrantes</li> </ul>
Incluir a las organizaciones de la sociedad civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las OSC tradicionalmente han trabajado con GV</li> <li>Responden a necesidades no satisfechas por el sistema de salud</li> <li>Representan a un sector de la sociedad civil que necesita y debe ser escuchado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer alianzas estratégicas entre OSC, el Estado y el sector privado</li> <li>Retomar las experiencias exitosas de OSC en la atención en salud de GV</li> <li>Facilitar la participación de las OSC en la política pública en salud</li> <li>Elaborar convocatorias de apoyo (económico, técnico) para que las OSC realicen intervenciones específicas</li> <li>Impulsar los debates públicos entre las OSC y las autoridades públicas de salud</li> </ul>
Fomentar redes de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia de enfermedades que requieren cuidados en el hogar</li> <li>Necesidad de los pacientes de una red de apoyo para mejorar su condición emocional y física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planear esquemas alternativos de monitoreo que incluyan a la familia</li> <li>Crear "centros de día" para integrar acciones educativas, de recreación, preventivas y asistenciales</li> <li>Incluir en las estrategias de atención a grupos locales organizados</li> <li>Diseñar acciones específicas por GV</li> </ul>
Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>México ha suscrito compromisos internacionales para implementar acciones públicas focalizadas en los determinantes sociales de la salud</li> <li>Existencia de recomendaciones de organismos internacionales reconocidos en materia de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar los compromisos internacionales suscritos y proceder a su cumplimiento</li> <li>Incorporar, en el diseño de las políticas públicas, las acciones necesarias para atender las recomendaciones de organismos internacionales como OMS/OPS y PNUD</li> </ul>
Medidas planificadas desde una perspectiva intercultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los centros de atención primaria no disponen de un enfoque intercultural</li> <li>Existen obstáculos culturales que dificultan una relación médico-paciente adecuada</li> <li>La oferta de salud no está preparada para las necesidades de los GV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar al personal de salud en temas de Interculturalidad</li> <li>Incluir aspectos interculturales en el plan de estudios de medicina</li> <li>Comprender que la visión intercultural no sólo sirve para zonas con poblaciones indígenas</li> <li>Ajustar los programas de salud a las particularidades (idioma, hábitos, creencias) de los GV</li> </ul>
Implementar políticas intersectoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>La falta de coordinación y comunicación entre las autoridades e instituciones públicas, en la mayoría de los programas y niveles de atención y de gobierno (federal, estatal, municipal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover reuniones entre las instituciones que atienden a los GV y las autoridades públicas (nivel decisores) para acordar acciones conjuntas</li> <li>Unificar los presupuestos y realizar acciones comunes para evitar la paralización de los fondos y la repetición de actividades</li> <li>Fomentar políticas con EE. UU. que permitan la atención en ambos países</li> </ul>

EE. UU.: Estados Unidos; OSC: Organizaciones de la sociedad civil; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de Salud; PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

## **GLOSARIO DE CONCEPTOS**

**Cultura:** complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La cultura se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización. En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas (AM Alarcón 2003; Park, 2000).

**Globalización:** proceso histórico de integración mundial en los ámbitos político, económico, social, cultural y tecnológico, que ha convertido al mundo en un lugar cada vez más interconectado, en una aldea global. Como tal, hay autores que plantean que la globalización fue el resultado de la consolidación del capitalismo, de los principales avances tecnológicos (revolución tecnológica) y de la necesidad de expansión del flujo comercial mundial. Como tal, la globalización es un fenómeno palpable, sobre todo, a partir de finales del siglo XX y comienzos del XXI, aunque se suele señalar su inicio mucho antes, en la era de los descubrimientos, con la llegada de Colón a América en el siglo XV y el consecuente proceso de colonización del mundo por parte de las potencias europeas, y se acentuó a partir de la revolución industrial en el siglo XIX (Sampedro 2002).

**Multiculturalidad:** la existencia de múltiples identidades en su población construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura que generan diferentes miradas acerca de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte. Estas expresiones culturales tienen relación con las transformaciones históricas, el avance científico, las ideas dominantes en las diferentes épocas de nuestro pasado, así como las percepciones religiosas, los procesos productivos y tecnológicos y las costumbres particulares de miles y miles de personas que conviven en contextos compartidos y en una cada vez mayor interdependencia. La multiculturalidad, si bien reconoce la existencia de diversos grupos en su interior, se caracteriza porque no hay atención a la interacción entre estos grupos socio-culturales diversos, ni un reconocimiento explícito a cómo estas interacciones pueden ir modificándose en el tiempo. Por el contrario, en escenarios multiculturales habitualmente un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones (Córdova et al 2009).

**Multiculturalismo:** deriva del concepto de multiculturalidad, pero este no es una simple aplicación o consecuencia de la multiculturalidad: identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural cualquiera que sea la naturaleza de esta, por tanto, trasciende el componente étnico, pues las diferencias culturales no se limitan o derivan de las diferencias étnicas. El multiculturalismo se genera dentro de la cultura occidental como una expresión del derecho a la diferencia, a la diversidad, no necesariamente por su componente étnico. En ese sentido, el multiculturalismo, de amplio desarrollo en los países desarrollados, ha sido importante en los procesos de reivindicación de distintos grupos marginados por

opciones diversas: religiosas, sexuales entre otras y ha permitido que alcancen sus derecho (Salaverry 2010).

**Derecho a la diferencia en salud:** según lo que propone Margarita Sáez (sin fecha) existe desde los años noventa en Chile el reconocimiento a la diferencia étnica y su consecuente reconocimiento por medio de marcos normativos y técnicos del trabajo ejercicio libre de la propia cultura en salud. Recogiendo los llamados de los organismos internacionales –en especial de la Resolución V de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en orden a avanzar desde los ministerios en la generación de estrategias nacionales en materia de salud de los pueblos indígenas–, los procesos desarrollados en Chile en el Servicio de Salud Araucanía de la IX Región por el Programa con Población Mapuche iniciado en 1992 y el mandato de la Ley Indígena de 1993, que señala la responsabilidad del Estado y de sus instituciones en el reconocimiento, respeto y protección de las culturas indígenas, comienza a implementarse en nuestro país, a partir de 1996, una línea de trabajo ministerial en esta materia, que deviene en un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, dedicado a la generación de orientaciones técnicas y políticas en salud intercultural en todo el país.

**Interculturalidad:** modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. Se comprende por sinergia la asociación de diferentes elementos que actuando conjuntamente generan un producto mayor del que se deriva de la suma del empleo individual de cada uno de ello. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos (Córdova et al 2009):

- a) Reconocimiento de la diversidad cultural
- b) Relaciones equitativas
- c) Respeto a las diferencias
- d) Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. En las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social. La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación (Córdova et al 2009, Salaverry 2010).

**Sistema de salud culturalmente competente:** uno que reconoce e incorpora a todos los niveles, la importancia de la cultura, la evaluación de las relaciones interculturales, la vigilancia hacia las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión de la diversidad cultural, el conocimiento y la adaptación de los servicios para satisfacer las

necesidades culturales únicas. A partir de esta definición, la comunicación se transforma en un componente fundamental para el logro y desarrollo de esta competencia (Cross 1988).

**Proceso intercultural:** proceso que refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa y horizontal que considera, al sinergizar sus aportaciones, que ningún grupo cultural está por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de las partes (Córdova et al 2009).

**Encuentro intercultural:** de acuerdo a Becerra (2013), desde su experiencia inédita de programa PRISMA para salud mental a personas migradas internacionales, emerge el fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural, o encuentro intercultural. Este encuentro se determina principalmente por diferencias culturales entre el terapeuta/profesional y el paciente. Ocurre en el contexto de atención del programa y está anclado en un encuadre que lo facilita. Este encuadre particular, sienta las bases, límites y características de la atención. Al mismo tiempo, las cualidades de flexibilidad y adaptación se vuelven fundamentales, puesto que permiten el ajuste de la atención a las necesidades emergentes de los pacientes. La autora propone un modelo de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural que considera: contexto, condiciones causales, condiciones intervinientes, propiedades, estrategias de acción interacción y consecuencias.

**Competencia cultural en salud:** proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales. Si bien el ámbito clínico clásico de acción de la competencia cultural es fundamental (en el encuentro entre trabajador de salud y usuario), también se reconocen en este libro otros niveles de acción más amplios, como lo son en el trabajo comunitario, intersectorial, de política pública, y de investigación, por mencionar algunos. La competencia cultural no solo debe supeditarse a habilidades exigibles en trabajadores de salud en atención directa a usuarios, sino también en la pertinencia cultural en la que se redactan leyes, ejes programáticos, intervenciones de cualquier tipo, e incluso en la forma de abogar, defender y poner en la agenda pública la temática migratoria y sus efectos en salud poblacional en Chile (Bernales et al 2015).

**Estrategias de salud intercultural:** enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad (AM Alarcón 2003).



**Modelo de salud intercultural:** modelo de atención en salud que vela por garantizar que sus actuaciones aseguren el respeto, reconocimiento y protección de los sistemas de salud de las agrupaciones culturales diversas, así como a sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente. Conforme a lo declarado en Chile a través de su norma general administrativa número 16 “Interculturalidad en los servicios de salud” del 2006, esto incluye al menos las siguientes acciones:

- a) Cuando alguno de organismos señalados deba adoptar medidas que puedan afectar los sistemas de salud de los pueblos indígenas, deberá escuchar y considerar la opinión sobre la materia de las organizaciones indígenas reconocidas por la ley involucradas, así como la de los agentes de salud indígenas titulares de los conocimientos, innovaciones o prácticas que puedan resultar afectadas por la regulación.
- b) Los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y promoción de la salud de la población indígena existentes en su territorio jurisdiccional.
- c) Los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud y de sus establecimientos, que cuenten con un asesor cultural sobre culturas indígenas, deberán estar integrados en forma permanente por éste, con el objeto de incorporar en el análisis de los asuntos institucionales el enfoque intercultural en salud.
- d) Asimismo, cada vez que un Comité de Ética Científico o Clínico deba considerar o analizar situaciones o proyectos que directa o indirectamente afecten a indígenas o a su patrimonio cultural deberá hacerse aconsejar por los asesores culturales existentes en el respectivo Servicio de Salud, sin perjuicio de requerir los apoyos externos que al efecto se estimen necesarios.
- e) Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, o de la Autoridad Sanitaria Regional.
- f) Los Servicios de Salud con presencia de población indígena deberán proponer y mantener programas de capacitación continua a sus directivos y funcionarios orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural de las acciones de la Red, en las comunas con alta concentración indígena.
- g) En la formulación de los Planes de Salud Pública regionales, la Autoridad Sanitaria Regional velará por la incorporación de estrategias y actividades destinadas a identificar, monitorear y en lo posible a disminuir las brechas de equidad en la situación de salud y medio ambiente de la población indígena, y proponer las medidas intersectoriales pertinentes.

**Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, PESPI:** Este programa diseñado e implementado en Chile apunta a incorporar la participación activa de los pueblos originarios en la formulación y evaluación de los Planes de Salud Intercultural en la Red Sanitaria del Servicio, a través de Mesas de Salud Intercultural Local. También se propone generar acciones que permitan contribuir a mejorar la calidad, accesibilidad y resolutivez en la atención de salud a través de estrategias de facilitadores, asesores, sensibilización y

capacitación con enfoque intercultural. Las Mesas de Salud Intercultural, están constituidas por Asesor y Facilitadores Interculturales de Asociación Mapuche, Referentes Técnicos de Salud de la Dirección de Salud Comunal y Encargados de Participación y Promoción de cada Centros de APS. A través de las mesas de trabajo se promueve la acción preventiva de la salud, más que lo curativo, visibilizando los factores protectores de la salud presentes en la cosmovisión y práctica ancestral de los pueblos originarios. Para esto se impulsan acciones donde prevalezca el enfoque Intercultural los cuales se integran al quehacer del Equipo de Salud a fin de apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad intercultural en el Área Sur, en un contexto urbano de esta Metrópolis denominada Región Metropolitana.

Hay 3 ejes de acción por los cuales se basa nuestro Servicio para ejecutar el programa

- a) **Participación Social Indígena:** Hace referencia a un proceso continuo de interacción y de trabajo colaborativo a partir de una planificación conjunta diseñada de manera colectiva desde una instancia ampliada, en la que participan, activamente, representantes de los pueblos originarios y referentes de los equipos técnicos locales de salud y Hospital. Es monitoreada por un equipo motor/ejecutor.
- b) **Equidad:** Generar acciones que permitan contribuir a mejorar la calidad, accesibilidad y resolutivez en la atención de salud. Incorporar la transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud a través de la participación activa de Facilitadores y Asesores Interculturales quienes están orientados a mejorar la pertinencia cultural de las actividades de salud, apoyadas con acciones de sensibilización a Funcionarios con enfoque intercultural a través de capacitaciones, ceremonias y medicina ancestral.
- c) **Interculturalidad:** Incorporar la transversalización del enfoque Intercultural en los programas de salud y apoyar los procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.

**Comunicación intercultural:** es una estrategia necesaria e indispensable para hacer frente a los intercambios culturalmente diversos en la salud contemporánea. Diferencias comunicativas entre el paciente y el proveedor de salud puede conducir a insatisfacción, diagnósticos erróneos, falta de atención médica, o incluso la muerte. En este sentido, la evidencia plantea que una comunicación intercultural ineficaz puede causar estrés para los proveedores de cuidado de la salud, causando ansiedad e insatisfacción laboral (Gibson y Zhong, 2005).

**Mediador cultural:** conforme a lo declarado en Chile a través de su norma general administrativa número 16 “Interculturalidad en los servicios de salud” del 2006, los establecimientos de salud del sistema público ubicados en localidades de alta concentración indígena deberán propender, de acuerdo a sus disponibilidades financieras y de recursos humanos, a contar con apoyo intercultural en la atención de los usuarios de la población indígena que requieran atención en el establecimiento. Esta persona, denominada facilitador o mediador intercultural, deberá ser conocedor de la lengua y cultura de la población indígena predominante de la localidad y de la forma de funcionamiento del sistema de salud. En el ejercicio de sus funciones le corresponderá orientar a las personas pertenecientes a las culturas tradicionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud.

**Facilitador lingüístico:** aparece desde las orientaciones técnicas del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud el concepto de facilitador lingüístico. Las OTs por medio de su criterio 2 de evaluación señala que este rol es crítico en salud de migrantes internacionales “para la traducción y comunicación eficaz... uso de educadores, facilitadores, intérpretes, señalética...”. Estos facilitadores tienen por objeto facilitar la comunicación desde el idioma nativo de la persona al idioma castellano, y podría ser el mismo individuo que el mediador cultural que maneje el idioma de la población migrante internacional que solicita de este apoyo esencial para el ejercicio de la atención de salud.

**Tabla 2.** Descripción de artículo seleccionado referido a interculturalidad y salud de migrantes internacionales.

PMID	PRIMER AUTOR	AÑO	TIPO DE PAPER	PAIS DEL ESTUDIO	TIPO DE MIGRANTE	SUBTIPO DE RESULTADO	OBJETIVO ESTUDIO	DISEÑO ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	TIPO DE MUESTRA	SEXO MUESTRA	PRINCIPAL RESULTADO	CONCLUSION
28936394	Caponio	2017	Research	Italy	Internationa l undefined	Intercultural programmes	To analyse how interculturalism, intended as a new paradigm of  immigrant integration policies, has been taking shape in an Italian city, i.e. Turin, in the context of the current economic crisis.	Case study	Not reported	Convenience	Both	he study shows how the three NHs pursue different approaches - social, cultural or more political - to interculturalism, somewhat reflecting the social and structural context in which the three neighbourhoods were established, as well as  problem definitions and policy frames of the founding organisations.	Same as before
27692251	Choi	2016	Research	South Korea	Multicultura l families	Domestic violence	To assess predictor variables of husbands in multicultural families and examine the relationship among variables after setting  up a hypothetical model including influencing factors, so as to provide a framework necessary for developing nursing interventions of domestic violence.	Cross sectional	260 families	Convenience	Both	Self-control and social support had complete mediation effects, and family of origin violence experience in domestic violence and stress on cultural adaptation had partial mediation effects.	The variables explained in this study should be considered as  predictive factors of domestic violence in multicultural families, and used to provide preventive nursing intervention.
24199588	Joshi	2013	Review	Australia	Internationa l undefined	Healthcare models	To identify the components of primary health care service  delivery models for such populations which have been effective in improving access, quality and coordination of care.	Review	25 papers	Review	Both	These could be categorised into six themes: service context, clinical model, workforce capacity, cost to clients, health and non-health services. Access was improved by ultidisciplinary staff, use of interpreters and bilingual staff, no-cost or low-cost services, outreach	Coordination between  the different health care services and services responding to the social needs of clients was improved through case management by specialist workers. Quality of  care was improved by training in cultural sensitivity and appropriate use of

and coordination.												services, free transport to and from appointments, longer clinic opening hours, patient advocacy, and use of gender-concordant providers. These services were affordable, appropriate and acceptable to the target groups.	interpreters.
24016598	Xiao	2014	Research	Asustralia	Internationa l undefined	Integration of international nurses	The aim of this study was to examine interplaying relationships between social structures and nurses' actions that either enabled or inhibited workforce integration in hospital settings.	Cross sectional	24 immigrant and 20 senior nurses	Qualitative	Both	Four themes were identified from the data. These were: (1) employer-sponsored visa as a constraint on adaptation, (2) two-way learning and adaptation in multicultural teams, (3) unacknowledged experiences and expertise as barriers to integration, and (4) unquestioned sub-group norms as barriers for group cohesion.	The study reveals inadequate rules and resources used to recruit, classify and utilise immigrant nurses at national and healthcare organisational levels can become structural constraints on their adaptation to professional nursing practice and integration into the workforce in a host country.
23586769	Riner	2013	Research	USA	Internationa l undefined	Training on multiculturalism	To describes how a community health nursing practicum course was redesigned to increase undergraduate students' knowledge of and interactions with local immigrant populations.	Case study	Undefined	Case study	Both	The practicum design, learning objectives, and community partnership development served to create a co-learning environment. Use of an experiential education philosophy allowed the practicum to evolve as students, faculty, agency staff, and community residents learned together over the practicum.	Students developed a more complex understanding of health and social conditions of immigrant populations. They moved from a primarily mono- to an increasingly multicultural orientation.

22863253	Penka	2012	Research	Germany	International undefined	Intercultural opening in mental health	To assess the status of "intercultural opening" in the German mental health care system and to further analyse the concept	Qualitative	Undetermined	Qualitative	Both	This paper is intended to present the development process of our assessment tool for demonstrating the benefits of this approach and as a model for future studies, as well as to increase transparency in relation to the current German approach to health care structures in dealing with migrants.	Same as before
20004042	Terraza	2010	Research	Spain	International undefined	Health policies implementation	To analyze the content of health policies for the immigrant population developed by central and regional governments in Spain	Qualitative	4 cities	Qualitative	Both	Healthcare policies for the immigrant population are mainly included in national and regional immigration plans. The principles of these policies are based on equal rights to healthcare between the immigrant and native-born populations and the objectives aim to achieve this end.	The content of the health policies, especially national policies, address major issues in meeting immigrants' healthcare needs. However, the absence of assessments, together with persistent problems in the provision of care and inequalities in access, could indicate insufficient implementation and requires careful monitoring
-	Alarcon	2003	Opinion	Chile	Ethnic groups	Intercultural health	To discuss how over the past few years, intercultural health has become an emerging issue in health policy.	Opinion	Undetermined	Opinion	Ethnic groups	Intercultural health is an approach to create a better communication between patients and providers. In the short term, this approach incorporates patient's culture background in health care, improving intercultural communication strategies to generate, in the long term, a health system adapted to the medical culture of patients.	This article explores the underlying concepts in the intercultural health approach, such as cultural diversity and medical systems as complex models of thoughts and behaviors

-	Becerra	2013	Research	Chile	International migrants undefined	Mental health programme	To present a series of results from the study characterizing migrant population treated in PRISMA Mental Health Program for Migrants, Asylum Seekers and Refugees	Cross sectional	Undetermined	Quantitative	Both	The outcome of various phenomena by means of Grounded Theory in the qualitative phase, revealed the intersubjective encounter of intercultural negotiation. This phenomenon drives action for reciprocal negotiation of personal, cultural, social and contextual contents by raising the importance of cultural difference between therapist/professional and patient subjectivities throughout their encounter.	Same as before
Becerra, L., & Altimir, C. (2013). Características y necesidades de las personas migrantes que consultan en salud mental: la emergencia del fenómeno de encuentro intersubjetivo de negociación intercultural. De Familias y Terapias, 22(35).													
26005830	Bernales	2015	Opinion	Chile	International undefined	Cultural competence in health	Describir la importancia de la competencia cultural en salud	Opinion	Undetermined	Opinion	Both	La incorporación de competencias culturales en las carreras de la salud es escasa en nuestro país, y actualmente no existe una herramienta que nos permita evaluar la competencia cultural que poseen nuestros TS.	Pareciera necesario abordar esta temática desde la formación temprana para que de esta forma los TS adquieran herramientas efectivas para el logro de la competencia cultural
[Cultural Competence in health: an urgent need for health workers].													
21808172	Castillo	2011	Theory synthesis	USA	International undefined	Cultural competence framework	To develop a framework to guide health care organizations as they focus on establishing culturally competent strategies and implementing best practices aimed to improve quality of care	Synthesis	Undetermined	Synthesis	Both	The need to provide more culturally competent care is essential to reducing and eliminating health disparities among minorities. By removing barriers to cultural competence and placing a stronger emphasis on culture in health care, health care organizations	Organizations should assess cultural differences, gain greater cultural knowledge, and provide cultural competence training to deliver high-quality services.
A framework for cultural competence in health care													

organizations.							and achieve better outcomes for minority populations					will be better able to address the unique health care needs of minorities.	
12668199 Culturally competent healthcare systems. A systematic review.	Anderson	2003	Systematic review	USA	International undefined	Culturally competent healthcare systems	To discuss how culturally competent healthcare systems have the potential to reduce racial and ethnic health disparities.	Systematic review	Undetermined	Review	Both	They reviewed five interventions to improve cultural competence in healthcare systems-programs to recruit and retain staff members who reflect the cultural diversity of the community served, use of interpreter services or bilingual providers for clients with limited English proficiency, cultural competency training for healthcare providers, use of linguistically and culturally appropriate health education materials, and culturally specific healthcare settings.	They could not determine the effectiveness of any of these interventions, because there were either too few comparative studies, or studies did not examine the outcome measures evaluated in this review: client satisfaction with care, improvements in health status, and inappropriate racial or ethnic differences in use of health services or in received and recommended treatment.
22783777 Good practices in migrant health: the European experience.	Mladovsky	2012	Review	UK	International undefined	Good practices	To summarise good practices identified in a review of health services for migrants in Europe	Review	Undetermined	Review	Both	Governments should ensure that migrants are entitled to health services, that the services are appropriate to their needs and that data systems are in place to monitor utilisation and detect inequities. Health services should adopt a 'whole organisation approach', in which cultural competence is viewed as much as a task for organisations as for individuals. Health workers should take steps to overcome language, social and cultural barriers to care.	At a time when support is growing in some countries for political parties pursuing anti-immigrant agendas and governments in all countries are pursuing austerity policies, there is a greater need than ever for the public health community to ensure that migrants have access to services that are effective and responsive to their needs
21439059	Priebe	2011	Review	UK	International undefined	Good practice	To assess the difficulties professionals experience in their service when providing such care and what they consider	Review	Undetermined	Review	Both	Eight types of problems and seven components of good practice were identified representing all statements in the interviews. The eight	Same as before



<p>Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries.</p>							<p>constitutes good practice to overcome these problems or limit their negative impact on the quality of care</p>					<p>problems were: language barriers, difficulties in arranging care for migrants without health care coverage, social deprivation and traumatic experiences, lack of familiarity with the health care system, cultural differences, different understandings of illness and treatment, negative attitudes among staff and patients, and lack of access to medical history. The components of good practice to overcome these problems or limit their impact were: organisational flexibility with sufficient time and resources, good interpreting services, working with families and social services, cultural awareness of staff, educational programmes and information material for migrants, positive and stable relationships with staff, and clear guidelines on the care entitlements of different migrant groups. Problems and good care components were similar across the three types of services.</p>	
---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

## BIBLIOGRAFÍA

1. IOM. Global migration trends: an overview. Geneva: Migration Research Division, International Organization for Migration. 2014.
2. Departamento de Extranjería y Migración. Informe anual. In: Interior Md, editor. Santiago: Gobierno de Chile; 2015.
3. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: UDD; 2017.
4. Organization of American States. International Migration in the Americas: First Report of the Continuous Reporting System on International Migration in the Americas (SICREMI) 2011: ORGANIZATION OF AMERICAN STATES; 2011. Available from: [www.migracionoea.org/sicremi/.../SICREMI\\_2011\\_ENGLISH.pdf](http://www.migracionoea.org/sicremi/.../SICREMI_2011_ENGLISH.pdf).
5. U. D. Trends in international migration 2015. 2015.
6. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PloS one*. 2014;9(8):e105347.
7. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2013;34(1):68-74.
8. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista medica de Chile*. 2013;141(10):1255-65.
9. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012;11:68.
10. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2012;32(2):161-7.
11. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health*. 2012;12:1013.
12. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32.
13. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago; 2010.
14. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.
15. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿ Estamos preparados? *Revista Chilena de Pediatría*. 2009;80:161-7.
16. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Rev Chilena de Pediatría*. 2012;83(4):366-70.

17. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. . 2009.
18. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.
19. IOM, UNICEF, ACNUR, . Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. ; 2012.
20. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. Revista Chilena de Salud Pública. 2008;12:37-41.
21. Chile CPdIUd. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile; 2008.
22. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. Revista Salud y Sociedad. 2010;1:51-70.
23. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en poblacion inmigrante en la comuna de Independencia 2008 March 2011. Available from: <http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716>.
24. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Maternal and child health journal. 2013;17(2):292-8.
25. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. Soc Sci Med. 2010;70(2):329-36.
26. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Pan American Journal of Public Health 2013;(under review).
27. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.
28. Ministerio de Salud de Chile. Programa piloto de salud de migrantes en Chile. 2014.
29. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: [http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011\\_English.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf).
30. OECD. Chile - Economic forecast summary (June 2015): OECD; 2015 [Available from: <http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm>].
31. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago Chile: INE; 2013.
32. Agencia Central de Inteligencia. Life expectancy at birth (Years). 2012.
33. Instituto Nacional de Estadísticas. Demografía - 80-¿Cuál es la esperanza de vida al nacer? Santiago Chile; 2014.
34. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de demografía y estadísticas vitales Santiago Chile: INE; [Available from: [www.ine.cl](http://www.ine.cl)].
35. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural: 1990-2020. Santiago Chile; 2012.

36. Morales ME. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario - El cambio demográfico en Chile

Universidad de Chile. Santiago Chile 2009.

37. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.

38. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008;179(12):1289-92.

39. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. Health Aff (Millwood). 2010;29(12):2161-70.

40. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? Journal of medical ethics. 2008;34(9):e13.

41. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. Cadernos de saude publica. 2002;18(4):1053-66.

42. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2002;11(5-6):374-85.

43. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Section III, chapter IV. Santiago: UDD; 2016.

44. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, . Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. International Migration Review. 2015;52(3):303-20.

45. Oyarte M, Cabieses B, Delgado I. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. In: Cabieses B, Bernaldes M, Chandia S, MacIntyre A, editors. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago Chile: Universidad del Desarrollo; 2017 (in press).

46. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre A, Chepo M. POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL EN CHILE: DESAFÍOS PENDIENTES EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORES DE SALUD PRIMARIA. 2016.